Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

Том II 2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

ШТОМЕСЯЧНАЯ ЧАСОПІСЬ

№ 1-2

КАСТРЫЧНІК-ЛІСТАПАД

Выданьне Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя Б. С. С. Р.

МЕНСК — 1925 г.



БЕЛОРУССКАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ,

посвященный вопросам социальной гигиены, биологии, клинической и экспериментальной медицины.

ОТДЕЛЫ:

1. Строительство здравоохранения.
2. Социальная гигиена.
3. Медобразование.
4. Санитарное просвещение.
5. Физическая культура
6. Биология, экспериментальная и клиническая медицина.
7. Охрана труда и изучение быта медработников.
8. Обзоры и рефераты.
9. Рецензии и библиографии.
10. Вопросы и ответы.
11. Хроника.

В журнале принимают ближайшее участие: сотрудники НКЗ, Медсекция Инбелкульта и Медфак БГУ.

Адрес редакции: Минск, Революционная 2; 2-й этаж, комн. № 2, тел. № 414, 177, 413.

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

Том II — 2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

ШТОМЕСЯЧНАЯ ЧАСОПІСЬ

№ 1-2

КАСТРЫЧНІК-ЛІСТАПАД

Выданьне Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя Б. С. С. Р.

МЕНСК——1925 г.



1-я Дзярж. друк. Зак. № 107. У ліку 800 экз. Галоўлітбел № 12856.

СОДЕРЖАНИЕ.

Обзор эпидемического состояния БССР за 1923-24-25 годы.

Врач В. КАЗАНСКАЯ.

Недостаточность эпидемических данных за период до революционного времени по причине об'ективных условий БССР, отхода некоторой части территории РСФСР к Белоруссии и отсутствия карточной системы, позволяют сделать обзор лишь за последние два с половиной года. При чем материал, на котором приходится оперировать, страдает неполностью особенно по округам Мозырскому, Калининскому и Борисовскому.

Анализируя цифры инфекционных заболеваний за указанный период времени, следует отметить уменьшение паразитарных тифов по всей Республике, за исключением Бобруйского округа, где сыпной тиф имеет тенденцию к увеличению в районах Бобруйском 1-м и Кличевском.

За первое полугодие 25 года по сравнению с предыдущим 24-м г. дали первый в два раза, а второй в четыре раза большую цифру заболевания. В среднем по всей республике в 1924 г. на 10.000 населения числится 11 случаев больных сыпном тифом—цифра значительно выше против заболеваемости по остальному Союзу (9,5) за тот же период времени.

По отдельным округам заболеваемость сыпным тифом на 10.000 населения в том же году выразилась в следующих цифрах:

Калининский	28	Бобруйский	8
Минский	17	Могилевский	7
Оршанский	14	Борисовский	7
Витебский	8	Слуцкий	5
		Мозырский	2

За первое полугодие 1925 года мы видим по всем округам резкое падение заболеваемости сыпным тифом (за исключением Бобруйского, где сыпной тиф продолжает держаться на высокой цифре), давшем в среднем по республике всего лишь 3,6 на 10,000 населения. В абсолютных цифрах по 7-ми округам Белоруссии: Витебскому, Минскому, Бобруйскому, Оршанскому, Слуцкому, Полоцкому и Могилевскому сыпной тиф дал 360 заболеваний в 1923 г. (на 10.000 населения 9 случаев), в 1924 г.—3092 заболевания (11 случаев на 10.000 насел.) и за шесть месяцев 1925 года 1047 заболеваний (3,6 на 10.000 насел.),

Аналогичную картину мы видим и в отношении возвратного тифа. о чем говорят абсолютные цифры заболеваний по тем же 7-ми округам: так, в 1923 г.—1846 (6 на 10.000 населения,) в 1924 г. 684 (1,6 на 10.000 населения) и в 1925 г. 43 (0,1 на 10.000 населения).

Что касается водных инфекций, то тут в отношении брюшного тифа и дезинтерии наблюдается обратное явление. Дезинтерия в текущем

году по сравнению с 1923 годом резко упала с 2073 до 229 по 7-ми округам БССР., т. е. с 6-ти случаев до 0,7 на 10.000 населения. Брюшной же продолжает держаться на высокой цифре. Абсолютная цифра в 1923 г. 1592, (5 случаев на 10.000 населения) в 1924 г. 1888 (6 случаев на 10.000 населения) и за шесть месяцев 1925 г. 1549 5 случаев на 10.000 населения). Наиболее высокий процент заболеваемости наблюдается в округах Могилевском и Калининском: так на 10.000 населения в Могилевском округе приходится в 1924 году 12 тифозных больных и за первую половину 25 года 15. В Калининском округе в 1924 г. 81 случай сыпно-тифозных больных на 10.000 населения и в 1925 г.—10.

Еще более обстоит неблагополучно вопрос с детскими инфекциями. С 1923 г. по 1925 г. по всем округам Белоруссии можно констатировать рост заболеваний корью, скарлатиной и дифтерией. Так, по 7 округам Белоруссии за указанный период времени было зарегистрировано:

	1923 г.	1924 г.	6 мес. 1925 г.
Корь	2163	8522	7669
Скарлатина .	1390	4102	2734
Дифтерия . .	1468	1997	893

Т. е. корь увеличилась в 4 раза, скарлатина в 3 раза и дифтерия в полтора раза.

На 10.000 населения число зарегистрированных случаев детской инфекции за 2 с пол. года выразилась по отдельным округам в следующих цифрах:

	Корь			Скарлатина			Дифтерия		
	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.
Витебск	5	29	32	8	22	16	5	7	2
Минск	6	53	22	5	19	10	7	8	2
Орша	14	40	58	4	8	6	2	6	3,6
Слуцк	6	14	13	8	29	12	9	7	4,5
Борисов	—	30	33	—	9	4,5	—	6	2
Бобруйск	7	21	28	4	5	27	0,7	1,2	0,8
Полоцк	3	12	23	0,2	4	6	5	5	2,5
Мозырь	—	15	11	—	3	2	—	7	4
Калининск	—	20	35	—	7	8	—	12	9
Могилев	3	10	28	1	6	10	2	7	7,5

Если мы сопоставим среднюю цифру заболеваемости детскими инфекциями на 10.000 населения по всему Союзу (24 для кори, 15 для скарлатины и 5 для дифтерии) с данными по Белоруссии, то мы увидим, что за исключением двух-трех округов эпидемичность БССР в отношении детских инфекций значительно выше средней цифры всего Союза.

Переходя далее к анализу цифр по округам в отдельности, мы наблюдаем следующее: Витебский округ имеет за последние 2½ года

увеличение эпидемий скарлатины и кори. Цифра заболеваемости на 10.000 населения выразилась в следующем порядке:

Корь			Скарлатина		
1923 г.	1924 г.	1925 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.
5	29	32	8	22	16
Дифтерия			Брюшной тиф		
5	7	2	4	3	1
Дизентерия			Оспа		
6	12	0,7	0,9	0,01	0,001
Возвратный тиф			Сыпной тиф		
1	1	—	8	8	1

При чем увеличение эпидемий наблюдается во всех районах, главным же образом наибольшие цифры дали районы Суражский, Высочанский, Чашниковский, Бешенковичский, Езерищенский и Лиознянский.

на 10.000 населения.

Корь	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Суражский	11	3	11
Высочанский . . .	9	0,8	25
Чашниковский . .	0,6	23	32
Бешенковичский . .	0,11	1	8
Скарлатина.			
г. Витебск	20	60	41
Высочанский . . .	10	20	31
Езерищенский . .	16	32	21
Лиознянский . . .	4	16	37
Суражский	1	2	7
Чашниковский . .	0,9	1	5

В течение 2 с пол. лет наблюдаемого периода, очагами по кори можно считать Чашниковский район, по скарлатине Езерищенский и Высочанский, по брюшному тифу Суражский и Витебский и по сыпному тифу Высочанский, остальные инфекции определенных очагов не имеют. Если сопоставить районы по общему количеству всех инфекций, то по своей эпидемичности в проц. отношении их можно расположить в следующем порядке:

Город	5 проц.	Чашниковский	1,3 проц.
Лиознанский р-н	2 „	Сиротинский	1,2 „
Городокский „	1,8 „	Суражский .	1,2 „
Езерищенский „	1,8 „	Витебский . .	1,1 „
Высочанский „	1,7 „	Сенненский .	0,7 „
		Бешенковичск.	1,4 „

В отношении всего населения по округу в проц. отношении наибольшее количество эпидемических больных за $2^1/_2$ г. падает на следующие роды заболеваний:

Болевших корью		0,6 проц.
„ скарлатиной	. . .	0,3 „
„ дезинтерией	. . .	0,2 „
„ дифтерией	. . .	0,15 „
„ брюшн. тифом	. . .	0,1 „
„ сыпн. тифом	. . .	0,18 „
„ возвр.		0,02 „
„ оспой		0,01 „

По Минскому округу за последние $2^1/_2$ года наблюдается увеличение скарлатины, главным образом за счет Койдановского, Логойского р-нов и самого города.

Так на 10.000 населения в 1923 г. город дал 6 случ. заболевания, в 1924 г. 34 случ. и за 6-м-цев 1925 г. 36 случ. Койдановский район 1923 г.—2 случ., 1924 г.—3. и 1925 г.—7 случ. Логойский район 1923 г. — случ. в 1924 г.—6 случ. 1925 г.—8 случ.

Что касается остальных цитируемых инфекционных заболеваний, они распределялись по тем же годам на 10.000 жителей следующим образом.

	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Корь	6	53	22
Скарлатина	5	19	10
Дифтерия	7	8	2
Бр. тиф	6	8	3
Дизентерия	11	13	1
Сыпн. тиф	20	18	4
Возвратн. тиф	21	6	0,2
Оспа	2	0,6	0,1

Очагами для коревой инфекции являются: Пуховичский и Смиловичский районы, по скарлатине—Пуховичский и Логойский р-ны, по брюшному тифу—Смиловичскии, Пуховичский и Койдановский р-ны, по дизентерии—Узденский и Смиловичский р-ны, по сыпному тифу—Узденский и Койдановский, по возвратному—Червенский и Смиловичский р-ны.

По общему количеству инфекций в °/₀ °/₀ отношении районы дали следующие цифры: за $2^1/_2$ года.

Минск		3,1 проц.	Койдановский	р.	1,4 проц.
Пуховичский . .	р.	5,9 „	Остр.-Городецкий	„	2,2 „
Червенский . .	„	4,3 „	Узденский . . .	„	1,7 „
Самохваловичский	„	4,2 „	Шацкий . . .	„	1,5 „
Смиловичский . .	„	2,3 „	Заславльский . .	„	0,9 „
Смолевичский .	„	2,2 „	Логойский	„	0,4 „

В °/₀ отношении население переболело за указанный период времени следующими инфекциями по всему округу:

Корью	0,8 проц.	Скарлатиной	0,3 проц.
Дифтерией	0,1 „	Брюш. тифом	0,1 „
Сыпн. тиф	0,4 „	Возвратн. „	0,2 „
Дизентерией	0,2 „	Оспой	0,03 „

Калининский округ (сведений за 1923 г. не имеется) дал увеличение заболеваний корью, скарлатиной и дифтерией за 1924 г. и 6 мес. 1925 г.

Индивидуальные заболевания по округу за данный период дали следующие цифры:

	1924 г.	1925 г.	
Корь	20	35	на 10,000 населения.
Дифтерия	12	9	
Дизентерия	28	0,3	
Возвратный тиф	2	0,2	
Скарлатина	7	8	
Брюшной тиф	31	10	
Сыпной тиф	28	9	
Оспа	0,4	—	

В % отношении все население за $1^1/_2$ года переболело корью—0,6% скарлатиной. 0,1%, дифтерией—0.2,% бр. тифом—0,4, % дизентерией—0,2,% сыпным тифом—0,3.% возвратным—0,02 % и оспой—0,04.

Оршанский округ за 24 г. имеет увеличение скарлатины кори и дифтерии, уменьшение дизентерии, возвратного тифа и оспы, брюшной тиф убывает медленно, сыпной тиф, не давая повышений, продолжает держаться. Увеличение кори идет за счет всех районов, за исключением Толочинского, Дрибенского, падая главным образом на следующие районы:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	
Оршанский р-н	37	55	80	на 10,000 населения.
Кохановский „	8	8	16	
Круглянский „	19	42	51	
Копыльский „	6	12	52	
Горецкиий „	5	8	16	

Скарлатина выросла в следующих районах:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	
г. Орша	7	9	25	на 10,000 населения
Дубровинский	2,9	7	9	
Оршанский р-н	3	10	9	

По дифтерии увеличение наблюдается в Кохановском р-не в 1923 г.—0,4, на 10,000 населения в 1924 г.—2 и за 6 мес. 1925 г.—5
в Круглянском р-не в 1923 г.—6, в 1924 г.—5,8 и в 1925 г.—6,
В Дрибенском р-не в „ —3, „ 10 „ „ —10

Помимо отмеченных очагов детских инфекций следует отметить, что брюшной тиф в продолжение 4-х лет держится в районах Дрибенском, Горецком и Дубровинском.

Дизентерия систематически дает заболевания в районах—Горецком, Богушевском и Дрибенском, сыпной тиф в Горецком и Дубровинском. За $2^1/_2$ года в проц. отношении по общему количеству всех инфекций районы дали следующие цифры:

г. Орша	6%	Дрибенский район . . .	1,9%
Оршанский район . . .	2,4%	Богушевский „	1,8 „
Дубровинский „ . . .	2,3 „	Копыльский „	1 „
Горецкий „ . . .	1,4 „	Толочинский „	0,9 „
Круглянский „ . . .	2 „	Кохановский „	0,9 „

Ляднянский район . . . . . . 1%.



За 2½ года переболело по округу в проц. отношении следующее количество населения:

Корью—0,9% скарлатиной—0,1, дифтерией—0,0, брюшным тифом—0,2, сыпным тиф.—0,3, возвратным тиф.—0,05, дизентерией—0,09 и оспой—0,006.

По Могилевскому округу с 1923 г. по 1925 г. увеличилось заболеваемость корью, скарлатиной, дифтерией, брюшным и сыпным тифом в следующих районах:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	
Корь				на 10.000 населения.
Могилевский район	13	35	165	
Шкловский „	0,3	49	52	
Быховский „	0,4	4	63	
Скарлатиной				
Могилевский район	7	52	70	
Кормянский „	0	5	24	
Могилевский „	2	3	8	
Быховский „	1	3	8	
Шкловский „	1	2	6	
Брюшной тиф.				
Шкловский район	4	4	6	
Чаусский „	0	17	34	
Чечевичский „	0	2	12	
Пропойский „	0	8	20	
Сыпной тиф.				
Журавичский район	0	0,3	2,4	
Могилевский „	15	10	10	
Белыничский „	2	10	24	
Кормянский „	0	3	10	

Увеличение дифтерии наблюдается во всех районах, кроме Чечевичского и Белыничского.

За указанный период времени свыше 100 случ. наблюдалось заболеваний корью в районах: Могилевском, Шкловском, Быховском и в самом г. Могилеве, скарлатиной в г. Могилеве, дифтерия держится, давая наивысшие цифры по сравнению с остальными районами в Быховском районе, брюшной тиф в Чаусском районе.

По общему количеству инфекций за 2½ хода в проц. отношении на первом месте стоит г. Могилев, давший 3 проц. заболеваемости. Из районов Быховский—2 проц., остальные районы стоят ниже, как Шкловский—1 проц., Могилевский—1 проц., Белыничский—1,5 проц., Чаусский—0,9, Кормянский—0,5 проц.

За 2½ года наибольшее количество эпидемических больных падает на: корь—0,28 проц., брюшной тиф—0,26 проц., сыпной тиф—0,15 проц., скарлатина—0,14 проц., дифтерия—0,12 проц. и дизентерия—0,08 проц.

На каждые 10.000 населения по годам округ дал следующие цифры заболеваемости инфекционными болезнями:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Корь	3	10	28
Скарлатина	1	6	10
Дифтерия	2	7	7,5
Бр. тиф	4	12	15
Дизентерия	2	9	1
Сыпной тиф	6	7	0,5
Возвратный тиф	0,4	0,1	0,2
Оспа	0,01	0,02	0

В Полоцком округе за указанный период времени увеличивалось заболеваний корью, скарлатиной, дифтерией и оспой. Означенные заболевания наблюдаются в следующих районах:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	
Корь				на 10.000 населения
г. Полоцк	3	50	150	
Полоцкий район	1	18	34	
Ветринский „	0	5	23	
Ушачский „	0	0,7	6	
Дретунский „	38	39	28	
Скарлатина				
г. Полоцк	1	30	50	
Полоцкий район	0,5	2,5	4,5	
Ветринский „	0	7	12	
Волынецкий „	0	1,9	6	
Ушачский „	0	1	1,4	
Дифтерия				
г. Полоцк	3	3	3,5	
Ветринский район	0	0,8	1,2	
Дриссенский „	0	1,3	2,6	

Очагом по заболеванию дизентерией и оспой является Полоцкий район. Рост инфекций по годам выразился в следующих цифрах:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	
Корь	3	12	23	на 10.000 населения
Скарлатина	0,2	4	6	
Дифтерия	0,7	1,2	0,8	
Оспа	0,03	0,1	0,1	

По общему количеству инфекций в проц. отношении за $2^1/_2$ года районы дали следующие цифры:

г. Полоцк	2%	Ушачский район	0,4
Полоцкий район	1,6	Волынецкий „	0,3
Дретуньский „	1,6	Освейский „	0,2
Ульский „	0,6	Дриссенский „	0,15
Ветринский „	0,5		

Переболело населения за $2^1/_2$ года в проц. отношении:

Корью—0,3, скарлатиной—0,1, дифтерией — 0,03, брюшным тифом—0,06, сыпным тифом—0,09, возвратным тифом—0,03, дизентерией—0,02 и оспой—0,002.

В Слуцком округе наблюдается также рост детских инфекций кори, скарлатины и дифтерии по следующим районам:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	
Корью				на 10.000 населения
Любанский район	0,9	1	42	
Стародорожинск. р.	16	85	61	
Старобинский „	2	3	2	
Скарлатина				
Старожинский р.	19	182	71	
Гресский „	13	4	11	
Старобинский „	7	2	2	

Увеличение дифтерии наблюдается по всем районам, а особенно в Старобинском, давшем на 10.000 населения в 1923 году—7 случ., в 1924 г.—5 с. и за 6 мес. 1925 г.—6 случ. Брюшной тиф за $2^1/_2$ года

дает наибольшие цифры—в Стародорожинском и Копыльском районе. Сыпной и возвратный—Стародорожкинском районе; дизентерия—в районах Слуцком, Копыльском, Любаничском и Стародорожском районах.

За $2^1/_2$ года на каждые 10.000 населения наблюдалось следующее количество инфекционных заболеваний (по годам).

	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Корь	6	14	13
Скарлатина	8	29	12
Дифтерия	9	7	4,5
Брюшной тиф	12	18	7
Дизентерия	15	28	1
Сыпной тиф	18	5	2
Возвратный тиф	6	4	0,03
Оспа	30	1	0,008

(на 10.000 ин.)

По общему количеству инфекций Стародорожкинский район дал 6 проц. больных за $2^1/_2$ года, Слуцкий—2 проц., Копыльский—1 проц., Любаньский—2 проц., Краснослободский—1 проц., Гресский—1 проц., Старобинский—1 проц. и город 2 проц. Переболело за указанный период времени корью—0,3 проц. населения, с карлатиной—0,5 проц., дифтерией—0,2, брюшным тифом—0,3, дизентерией—0,4, сыпным тифом—0,2, возвратным—0,1 и оспой—0,05.

В Бобруйском округе за $2^1/_2$ года увеличилось заболевание корью, скарлатиной, дифтерией, брюшным и сыпным тифом за счет следующих районов.

	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Корь			
Рогачевский район	0	111	90
Кличевский „	22	7	7
Будо-Кошелев. „	1	2	10
Стрешинский „	0,7	7,6	134
Паличевский „	5	6	9
Глусский „	35	2	4
Осиповичский „	14	86	10
Скарлатина			
г. Бобруйск	5	9	6
Глусский район	2	0,3	0,8
Паричский „	2	9	7
Кличевский „	1	1	2
Свислочский „	0	3	2
Жлобинский „	13	0,9	1
Дифтерия			
Стрешинский район	14	11	7
г. Бобруйск	5	5	4
Брюшной тиф			
Бобруйский 1-й р.	0,4	0,7	3
„ 2-й „	2	8	6
Глусский „	6	18	31
Сыпной тиф			
Бобруйский 1-й р.	2	5	9
„ 2-й „	4	—	2
Кличевский „	43	10	45
Жлобинский „	6	4	4

(на 10.000 населения).

Рост эпидемии по годам на каждые 10.000 населения выразился в следующих цифрах:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.
Корь	7	21	28
Скарлатина	4	5	2,7
Дифтерия	5	5	2,5
Брюшной тиф	6	9	6
Дизентерия	5	15	0,8
Сыпной тиф	3	8	6
Возвратный тиф	5	0,8	0,4
Оспа	0,2	0,2	0,1

Проц. инфекционных заболеваний за $2^{1}/_{2}$ года:

г. Бобруйск—1 проц., Бобруйский 1-й район—0,5 проц., Бобруйский 2-й район—0,6 проц., Осиповичский район—3,4 проц., Глусский р-он—1,8 проц., Паричский р-он—1,1 проц., Стрешинский р-он—4 проц., Будо-Кошелевский район—0,6 проц., Кличевский район—0,2 проц., Свислочский район—0,1 проц., Жлобинский район—1,2 проц., Рогачевский район—3,2 проц.

Проц. переболевших заразными заболеваниями за $2^{1}/_{2}$ года в отношении инфекций:

Корью	0,6 проц.	Скарлатиной	0,1 проц.
Дифтерией	0,1 „	Брюшным тифом	0,1 „
Дизентерией	0,2 „	Сыпным тифом	0,2 „
Возвратный тиф	0,2 „	Оспой	0,05 „

Борисовский округ имеет увеличение кори и скарлатины за 1924 г. и за 6 мес. 1925 г. Так на каждые 10.000 населения в 1924 г. наблюдалось 30 коревых больных и 9 скарлатинозных за 6 мес. 1924 г., округ дал 33 случая кори на 10.000 и 4,5% заболевания скарлатиной, остальные инфекции имеют тенденции к снижению. Дифтерия с 6 случаев (на 10.000 населения) понизилась на 2 случ., брюшной тиф вместо 7 случ. дал 2 случ., сыпной с 7 упал до 1, возвратный с 1 до 0,5, дизентерия вместо 7 дала также 1 случай и оспа вместо 1,1—0,5.

За полтора года переболело корью 0,6 проц. населения, скарлатиной—0,1, дифтерией—0,09, брюшным тифом—0,09, сыпным тифом—0,09, возвратным—0,01, дизентерией—0,09, оспой—0,003.

Мозырский округ. Усилилось заболевание корью, скарлатиной и дифтерией. Брюшной тиф, не давая повышений, держится на прежних цифрах.

	1924 г.	1925 г.	
Корь	15	11	на 10000 населения.
Скарлатина	3	2	
Дифтерия	7	4	
Брюшной тиф	7	3	
Дизентерия	32	5	
Сыпной тиф	2	0,8	
Возвратный тиф	0,1	0	

Переболело за $1^{1}/_{2}$ год корью—0,2 проц., скарлатиной—0,05, дифтерией—0,1,дизентерией—0,3,брюшным тифом—0,1, сыпнымтифом—0,003, возвратным тифом—0,001 и оспой—0,001.

Резюмируя все вышеприведенные данные, мы должны констатировать, что рост детских инфекций, наблюдаемый по всей республике, главным образом идет за счет кори, при наличии падения паразитарных

тифов наблюдается медленное снабжение водных инфекций продолжающих в некоторых округах давать высокие цифры.

Наиболее неблагополучными округами в инфекционном отношении можно считать:

По кори—Оршанский, Минский, Борисовский и Витебский.
„ скарлатине—Слуцкий, Витебский, Бобруйский и Минский.
„ дифтерии—Калининский, Могилевский, Слуцкий и Мозырский.
„ паризитарным тифам на первом месте стоят:
„ сыпному тифу—Калининский, Минский, Оршанский и Бобруйск.
„ возвратному тифу—Минский, Слуцкий и Калининский.
„ водным инфекциям эпидемичными являются округа:
„ брюшному тифу—Калининский, Слуцкий, Могилевский и Оршанский.
„ дизентерии—Мозырский, Калининский, Слуцкий и Бобруйский.

Таким образом, по эпидемичности округа Белоруссии распределяются в следующем порядке:

Калининский,
Слуцкий,
Минский,
Бобруйский,
Оршанский,
Витебский,
Могилевский,
Мозырский,
Борисовский,
Полоцкий.

Что касается районов, то по общему количеству инфекционных заболеваний они распределяются следующим образом:

Стародорожкинский	р-он	(Слуцкого округа)
Пуховичский	„	(Минского „)
Червенскийй	„	„ „)
Стрешинский	„	(Бобруйского „)
Осиповичский	„	„ „)
Рогачевский	„	„ „)
Оршанский	„	(Оршанского „)
Смиловичский	„	(Минского „)
Дубровинский	„	(Оршанского „)
Острош.-Городецкий	„	(Минского „)
Смолевичский	„	„ „)
Круглянский	„	(Оршанского „)
Лиознянский	„	(Витебского „)
Самохваловичский	„	(Минского „)
Любаньский	„	(Слуцкого „)
Быховский	„	(Могилевской „)
Дрибенский	„	(Оршанского „)
Глусский	„	(Бобруйского „)
Городокский	„	(Витебского „)
Езерищенский	„	„ „)
Богушевский	„	(Оршанского „)
Высочанский	„	(Витебского „)
Узденский	„	(Минского „)
Дретуньский	„	(Полоцкого „)

Полоцкий	„	(Полоцкого	„)
Белынческий	„	(Могилевского	„)
Шацкий	„	(Минского	„)
Бешенковический	„	(Витебского	„)
Горецкий	„	(Оршанского	„)
Койдановский	„	(Минского	„)
Чашниковский	„	(Витебского	„)
Жлобинский	„	(Бобруйского	„)
Сиротинский	„	(Витебского	„)
Суражский	„	„	„)
Витебский	„	„	„)
Маричский	„	(Бобруйского	„)
Копысский	„	(Оршанского	„)
Старобинский	„	(Слуцкого	„)
Гресский	„	„	„)
Краснослободский	„	„	„)
Копыльский	„	„	„)
Шкловский	„	(Могилевского	„)
Могилевский	„	„	„)
Заславский	„	(Минского	„)
Кохановский	„	(Оршанского	„)
Чаусский	„	(Могилевского	„)
Сениннский	„	(Витебского	„)
Будо-Кошелевский	„	(Бобруйского	„)
Бобруйский 2-й	„	„	„)
Ульский	„	(Полоцкого	„)
Кормянский	„	(Могилевского	„)
Ветринский	„	(Полоцкого	„)
Бобруйский 1-й	„	(Бобруйского	„)
Логойский	„	(Минского	„)
Ушачский	„	(Полоцкого	„)
Волынецкий	„	„	„)
Освейский	„	„	„)
Кличевский	„	(Бобруйского	„)
Толочинский	„	(Оршанского	„)
Дриссенский	„	(Полоцкого	„)
Свислочский	„	(Бобруйского	„)

Если взять общую цифру инфекционных заболеваний за $2^1/_2$ года по всей БССР, то мы увидим, что 0,5 проц. всего населения переболело за это время корью, 0,23 проц. сыпным тифом, 0,22 проц. скарлатиной, 0,20 проц. дизентерией, 0,19 проц. брюшным тифом, 0,13 проц. дифтерией, 0,06 проц. возвратным тифом и 0,01 оспой, т. е. из каждых 100 человек населения 1,5 заболевал инфекционным заболеванием. При наличии-же 388 заркоек по всей Белоруссии, когда на 1 врача приходится в среднем 22116 человек жителей, ясно вытекает настоятельная потребность как одной из главных мер борьбы с заразными заболеваниями—улучшение лечебной сети на селе, как качественно, так и количественно.

	Корь			Скарлатина			Дифтерит			Брюшной тиф			Дизентерия			Сыпной тиф			Возвратный тиф			Оспа		
	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.
Бобруйск . .	26	35	13	17	30	22	20	21	16	61	58	26	16	—	—	90	35	5	23	6	5	3	1	—
Бобруйск I . .	—	1	35	—	—	—	11	21	9	2	3	15	9	53	3	9	23	39	13	1	1	—	2	—
„ II . .	4	70	38	3	—	—	13	14	10	9	37	28	11	—	—	19	—	13	22	9	—	—	—	—
Осиповичский	39	230	271	21	82	34	13	15	13	54	2	3	23	66	8	98	18	4	33	—	—	1	1	—
Глусский . .	203	16	33	14	2	5	40	34	15	37	105	183	33	218	8	42	17	27	4	—	—	—	—	—
Паричский . .	24	32	46	10	46	36	32	32	18	52	36	15	31	57	3	36	28	10	13	—	1	—	1	2
Стреминский .	2	180	317	40	37	10	34	28	19	11	35	6	9	10	2	54	132	13	5	—	1	2	—	1
Буда-Кошел..	6	8	61	10	10	1	11	10	8	5	15	4	6	16	—	8	30	1	4	10	—	2	3	1
Городецкий . .	5	1	1	4	12	1	3	11	1	23	13	2	12	32	1	24	11	1	13	8	1	—	—	—
Кличевский . .	64	21	23	3	4	6	30	23	5	—	3	3	25	104	8	125	42	132	11	11	5	4	4	—
Свислочский .	22	18	39	—	—	10	7	10	12	21	44	17	20	52	4	10	2	5	3	1	—	—	—	1
Жлобинский .	1	157	69	59	4	5	7	19	4	11	37	8	2	32	—	29	17	18	45	—	—	—	—	—
Рогачевский. .	—	536	437	6	1	2	24	34	18	24	58	16	27	106	4	133	70	28	31	—	—	—	—	1
Итого .	394	1255	1363	187	228	132	245	272	148	310	446	326	224	736	41	677	425	297	220	46	14	12	12	6

	Корь.			Скарлатина.			Дифтерит.			Брюшной тиф.			Дизентерия.			Сыпной тиф.			Возвратн. тиф.			Оспа.		
	Годы.			Годы.			Годы.			Годы.			Годы.			Годы.			Годы.			Годы.		
	23	24	25	23	24	25	23	24	25	23	24	25	23	24	25	23	24	25	23	24	25	23	24	25
Полоцк	7	98	302	3	64	115	6	6	7	8	49	22	9	59	4	27	23	5	37	1	—	—	—	—
Полоцкий р.	6	81	138	2	10	19	4	8	4	3	16	2	17	326	1	38	56	2	6	—	—	—	—	1
Ветринский р.	—	18	80	—	26	42	—	3	4	—	3	10	—	1	1	—	14	2	—	—	—	—	1	—
Волнищский р.	—	2	—	—	6	21	3	5	2	4	1	—	4	53	2	1	11	—	—	—	—	1	1	—
Дриссенский р.	—	—	—	—	—	3	—	3	6	—	—	1	—	—	3	4	15	9	—	—	—	—	—	1
Освейский р.	—	—	8	—	—	—	—	2	—	—	6	2	—	40	—	—	—	3	—	—	—	—	2	—
Ульский р.	18	87	15	3	9	1	4	6	1	11	3	3	32	17	6	29	14	—	11	7	—	—	—	—
Ушачский р.	—	3	25	—	5	6	—	—	—	—	19	8	27	15	—	—	12	2	—	23	5	—	—	1
Дренцкий р.	84	96	69	—	16	6	8	15	3	8	20	—	18	20	1	17	25	—	—	3	—	—	—	1
Итого . . .	115	385	637	8	136	213	25	48	27	34	117	48	107	531	18	116	170	23	54	34	5	1	4	4

	Корь			Скарлатина			Дифтерит			Брюшной тиф			Дизентерия			Сыпной тиф			Возвратный тиф			Оспа		
	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	21 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.
Орша	53	528	289	16	20	53	2	56	17	—	28	23	11	20	6	41	28	78	1	2	1	4	4	—
Оршанский район . .	172	276	357	17	47	43	5	16	10	1	15	10	21	10	2	19	24	2	6	1	1	1	2	—
Кохановский » . .	36	35	78	6	12	3	2	10	22	9	19	10	29	9	—	27	29	25	19	—	—	2	3	—
Толочинский » . .	91	96	29	12	17	4	3	9	4	8	20	10	17	7	1	32	35	4	12	—	—	2	—	—
Богушевский » . .	75	132	108	8	16	10	9	18	1	6	17	1	35	12	3	29	32	28	13	2	—	2	1	—
Круглянский » . .	63	135	186	35	66	11	20	19	20	3	38	14	18	5	3	17	28	10	39	—	—	1	—	—
Копыльский » . .	21	41	179	25	46	14	14	15	1	8	30	23	16	4	—	37	39	6	12	1	5	1	—	—
Дрибинский » . .	17	25	—	11	22	4	10	28	27	26	180	46	30	10	—	40	39	1	23	1	—	—	2	—
Горецкий » . .	30	45	96	18	48	34	18	34	27	20	90	37	32	13	1	112	112	14	37	1	—	—	1	—
Дубровинский » . .	36	302	234	13	36	42	5	20	12	10	92	36	17	7	—	73	132	38	29	2	—	—	1	—
Ляднянский » . .	11	26	33	9	24	10	10	32	7	7	12	9	35	9	2	43	78	7	11	1	—	2	—	—
ИТОГО . .	605	1641	1619	170	354	228	98	257	150	98	541	219	261	106	18	480	576	213	202	11	7	15	14	—

	Корь			Скарлатина			Дифтерит			Брюшной тиф			Дизентерия			Сыпной тиф			Возвратн. тиф			Оспа		
	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.
Витебск . . .	125	1.102	1.270	233	634	459	132	122	43	126	91	29	48	66	4	154	77	6	42	52	—	5	1	1
Витебский район .	20	39	22	52	65	24	42	41	12	14	4	11	29	75	2	45	28	17	3	2	—	—	—	1
Бешенковский „ .	—	5	28	2	5	—	6	4	—	11	7	—	23	58	—	16	27	—	1	—	—	—	—	—
Высочанский „ .	32	3	117	35	70	111	30	38	10	9	26	3	20	24	6	20	12	29	3	—	—	—	—	—
Городокский „ .	6	80	9	15	179	88	25	46	7	10	12	1	54	160	—	72	120	16	13	3	—	2	—	—
Езерищенский „ .	57	14	16	45	99	80	16	10	4	8	3	1	13	16	3	36	55	2	5	—	—	—	—	—
Лиозянский „ .	4	241	307	19	66	157	22	30	17	5	6	—	6	12	6	37	25	3	5	1	—	2	—	5
Меженский „ .	20	21	35	2	32	2	2	4	—	1	2	—	4	29	3	1	41	4	—	—	—	46	—	—
Сиротинский „ .	15	31	22	85	92	5	27	38	13	13	20	4	45	120	—	22	5	—	7	1	—	—	—	—
Суражский „ .	53	15	53	5	13	35	13	25	4	28	26	4	47	51	13	40	38	5	1	1	—	—	—	—
Сенинский „ .	2	37	22	10	—	5	20	47	13	25	9	4	19	56	5	56	47	2	3	—	—	—	—	—
Чашникский „ .	2	74	105	3	4	17	21	13	2	18	7	5	12	64	—	30	32	9	—	—	—	—	—	—
Итого . .	336	1.662	1.850	526	1.259	971	356	418	125	268	213	62	390	731	42	520	487	97	83	60	—	55	1	7



	Корь			Скарлатина			Дифтерит			Брюшной тиф			Дизентерия			Сыпной тиф			Возвратный тиф			Оспа		
	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.
Могилев . . .	65	142	340	31	220	157	46	64	30	8	20	12	3	17	6	84	63	5	3	5	1	—	—	—
Могилевский район .	101	27	39	15	18	27	18	32	28	75	33	10	8	25	3	86	60	35	4	1	—	—	2	—
Луполовский „ . .	5	26	9	4	2	32	12	29	18	25	16	6	14	12	2	14	33	3	15	—	—	—	—	—
Чаусский „ . .	11	45	33	2	8	13	6	22	15	—	21	89	6	106	5	34	25	2	—	—	—	—	—	—
Шкловский „ . .	2	300	162	9	14	20	2	13	10	29	29	19	—	1	3	40	44	10	—	1	—	1	—	—
Быховский „ . .	2	20	145	6	16	19	26	114	52	45	229	86	6	132	4	60	85	—	—	—	—	—	—	—
Белиничский „ . .	2	—	13	3	12	7	8	26	5	43	165	74	90	60	1	10	39	47	—	—	—	—	—	—
Чечевичский „ .	—	5	12	—	1	2	—	15	6	—	12	33	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Кормянский „ . .	—	—	—	—	28	63	—	7	11	—	44	37	—	57	3	—	17	28	—	—	2	—	—	—
Журавичский „ . .	—	1	2	—	3	3	—	14	14	—	10	7	—	12	—	—	1	4	—	—	3	—	—	—
Пропойский „ . .	—	—	35	—	1	13	—	13	25	—	41	54	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Итого . . .	191	566	790	70	323	356	118	349	214	225	690	427	127	470	27	236	367	135	22	7	6	1	2	—

	Корь			Скарлатина			Дифтерит			Брюшной тиф			Дизентерия			Сыпной тиф			Возвратный тиф			Оспа		
	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.
Слуцк . . .	17	7	3	14	9	1	23	34	9	18	30	18	42	87	7	30	14	19	16	18	—	14	4	—
Слуцкий район . .	16	6	—	44	27	—	27	14	11	34	47	—	192	48	—	39	16	15	27	21	—	12	3	—
Копыльский район .	15	8	1	29	14	6	38	24	22	48	100	48	27	207	10	43	18	1	19	14	1	13	2	—
Любаньский район .	30	4	129	5	13	1	30	19	18	54	47	76	61	109	2	40	12	6	16	15	—	12	8	—
Стародорожский район .	67	342	246	80	734	285	70	58	20	102	38	1	118	95	9	255	46	2	65	26	—	17	3	2
Вызненский район .	5	4	2	6	19	1	18	25	9	47	67	7	27	143	1	54	15	7	13	16	—	14	7	—
Гресский район . .	20	16	—	46	14	39	26	22	13	24	63	43	19	21	1	57	16	6	13	12	—	12	1	—
Старобинский район .	10	12	8	25	8	8	27	19	21	16	54	9	16	47	31	24	13	2	24	8	—	9	4	—
Итого .	180	399	389	249	838	341	261	215	123	353	536	202	442	747	33	542	155	58	193	130	1	100	32	2

	Корь			Скарлатина			Дифтерит			Брюшной тиф			Дизентерия			Сыпной тиф			Возвратный тиф			Оспа		
	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.	23 г.	24 г.	25 г.
Минский . . .	69	525	677	70	369	388	19	59	36	76	110	42	53	68	12	97	117	116	311	68	2	40	7	4
Смолевичский . .	51	191	—	55	117	—	57	62	—	11	2	—	70	100	—	13	62	—	30	6	—	3	1	—
Логойский . . .	1	13	—	—	26	36	—	6	16	3	11	9	14	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Червенский . . .	46	148	67	35	19	1	14	13	—	78	64	13	217	62	6	414	126	1	267	53	5	41	12	—
Шацкий . . .	8	10	—	2	1	4	28	31	9	15	12	10	24	19	3	23	40	—	34	22	—	—	—	—
Пуховичский . . .	29	1026	219	60	295	13	62	125	21	31	29	7	25	60	2	50	83	—	97	34	—	—	4	—
Самохваловичский . .	2	417	8	4	16	2	61	17	5	6	25	5	20	126	1	84	71	1	27	10	—	3	5	—
Койдановский . .	58	36	53	11	17	36	11	32	56	5	25	56	16	27	—	83	136	26	28	—	—	8	—	1
Остр.-Городецкий . .	33	133	—	11	38	1	45	37	2	33	5	—	6	5	—	98	17	—	133	21	—	12	—	—
Заславский . . .	13	15	—	18	14	—	25	27	2	2	19	—	2	10	—	21	66	—	46	1	—	2	3	—
Узденский . . .	2	—	22	9	—	—	7	5	1	18	7	4	16	142	24	35	102	80	33	12	—	—	—	—
Смиловичский. . .	30	100	65	16	54	12	36	24	8	26	136	19	59	57	4	71	92	—	70	89	4	5	1	2
ИТОГО	342	2614	1111	291	966	493	365	438	106	304	445	165	542	678	52	990	912	224	1072	316	11	115	33	7

	Корь		Скарлатина		Дизентерия		Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возвратный тиф		Дифтерит		Оспа	
	1924	1925	1924	1925	1924	1925	1924	1925	1924	1925	1924	1925	1924	1925	1924	1925
Климовичи	1145	1419	279	347	1109	81	1269	429	1198	396	70	9	500	308	19	—
Мозырь . .	478	671	111	124	1035	160	246	138	79	56	6	—	253	156	5	—
Борисов .	1119	1211	331	234	288	43	271	92	398	101	52	3	221	107	9	2
Итого .	2742	3301	824	705	2432	234	1786	659	2275	553	128	12	974	571	33	2

Санитарные условия и коммунальное благоустройство города Полоцка.

Врач Шаповалов.

Город Полоцк в довоенное время не мог похвастаться своим благоустройством, хотя и являлся узловым центром. Водопровод отсутствовал, канализация в городе была самая примитивная, лишь центральные улицы были вымощены булыжником, незначительная часть улиц имела асфальтовые тротуары.

Прифронтовое положение города, обстрел его белополяками, неоднократная эвакуация не могла, конечно, не отразиться на благоустройстве города и его санитарном состоянии: из 2.200 домов город потерял 199 домов совершенно, многие дома пришли в негодность вследствие отсутствия за ними надлежащего ухода; артезианские колодцы и канализация бездействуют, мостовые и тротуары износились.

Если от обстрела пострадал внешний вид города, то от эвакуации погибли все архивы города и каждому отделу в настоящее время приходится изыскивать случайный материал, которым и приходится пользоваться. Медикосанитарным учреждениям в этом отношении приходится еще хуже: санитарных обследований, статистических разработок было мало и в довоенный период, а во время бесчисленных эвакуаций они, если и были, погибли безвозвратно.

В силу указанных обстоятельств не представляется возможным дать полную картину благоустройства города и его санитарного состояния.

Движение населения города Полоцка по полу и возрастам за период времени с 1897 по 1925 год выражается таблицами № 1 и № 2.

Таблица № 1.

Население гор. Полоцка.

Годы.	Мужской	Женской	Обоего пола
1897	9968	10760	20728
1917	10727	13793	24520
1920	7799	7987	15786
1923	9726	9604	19330
1925	10091	9933	20024

Таблица № 2.

Возрастные группы в (%)

	1897		1917		1920	
	Мужск.	Женск.	Мужск.	Женск	Мужск.	Женск
До 1 года . .	3,0	3,0	1,5	1,5	1,5	1,5
От 1 г. до 9 л. .	23,5	21,0	23,5	18,5	18,5	18,0
„ 10 „ „ 19 „ .	25,5	22,5	23,5	23,5	21,5	25,0
„ 20 „ „ 29 „ .	15,0	18,5	11,0	18,5	19,0	17,5
„ 30 „ „ 39 „ .	11,0	11,5	11,0	11,5	14,0	10,5
„ 40 „ „ 49 „ .	8,0	10,0	12,0	11,5	10,0	11,0
„ 50 „ „ 59 „ .	6,5	6,0	8,0	6,5	8,5	8,5
„ 60 и более .	7,5	7,5	7,0	6,0	6,0	7,0
Неизв. возр. .	—	—	2.5	2,5	1,0	1,0

Из таблицы № 1, к сожалению, не видно, как изменялось количество населения в период войны, хотя нужно думать, что в этот период количество населения города Полоцка было значительно больше, чем в 1917 году. Таблица показывает, что в связи с оккупацией города Полоцка немцами, а также в связи с обстрелом города белополяками, население его в 1920 году значительно уменьшилось (на 40 проц.), в дальнейшем количество населения начинается увеличиваться, но еще к 1925 году оно не достигает цифры 1917 года.

В архивах не имеется сведений о смертности по годам, смертность последних годов также не подытожена, лишь таблица № 2 дает возможность предположить, что смертность за годы войны и годы обстрела должна быть очень большой для детей до 1-го года, хотя тут можно допустить и другое толкование, а именно: годы войны, оккупации и обстрела значительно сократили число рождающихся.

В промышленном отношении город Полоцк не имеет абсолютно никакого значения: нет ни одного крупного завода или фабрики, кустарное производство также слабо развито. В торговом отношении город также безжизненен: вывоза нет накакого, ввоз также очень незначителен, ввиду бедности населения самого города и округа. До войны город Полоцк с его многими железными дорогами имел значение, хотя-бы передаточного пункта, теперь, за отсутствием сообщения и грузооборота с заграницей, он потерял и это значение. Пароходного движения по Западной Двине совершенно нет, река имеет значение лишь в весенние два месяца, во время сплава леса, но и это значение не так велико, в силу того, что город Полоцк для плотов не является станцией отправления или назначения.

Сведений о предметах вывоза и ввоза не имеется, равно как не имеется сведений о стоимости ввозимых и вывозимых товаров.

Расположен город Полоцк довольно живописно, на берегу реки Западной Двины и реки Полоты, которыми он и пересекается

с востока на запад и с севера на юг. Город тянется на три версты с севера на юг и на четыре версты с запада на восток. Полоцк является узлом следующих жел. дор.: Полоцк—Орел, Полоцк—Псков, Полоцк—Бологое, при чем 1 и 3 дороги следуют от Полоцка до границ. Шоссейных дорог не имеется. Реки (Западная Двина и Полота) не судоходные, хотя по Западной Двине раньше, в довоенное время и было пароходное движение, но очень незначительно, сейчас происходит лишь сплав леса в Латвию.

Больших общественных садов город Полоцк не имеет, парков тоже нет. Всей площади под зелеными насаждениями общественного пользования в городе имеется до 2-х десятин, это именно: сад жел. дор., сквер в центре города и вал—бульвар (тоже в центре города); площадь фруктовых садов не превышает 21-22 десятины. От посадок по улицам остались жалкие остатки: они частью пошли в тяжелые годы на топливо, частью повысыхали от отсутствия ухода.

Прудов и других водоемов в городе нет, исключая упоминаемых уже выше рек (З. Двины и Полоты). Берега рек страшно загрязнены: сюда годами сваливали мусор со всего города. Поднят вопрос об очистке берегов осенью прошлого года, но в виду отсутствия средств, этот мусор еще и сейчас здесь. Этим мусором вода главным образом и загрязняется как весной при таянии снегов, так и в остальное время года, в период дождей.

Почва песчаная. Грунтовые воды находятся очень не глубоко $1^1/_2$-2 арш., так что весной и в период дождей подвальные, складочные помещения наполняются водой. Для отвода этих вод в довоенное время существовала примитивная канализация (укладка деревянных крытых желобов), сейчас они в большинстве не работают, вследствие чего вода в подвалах стоит подолгу и тем ускоряет процесс разрушения домов.

Климат в Полоцке умеренный. За 1924 г. было солнечных дней 98 облачных 113 и пасмурных 155, из которых дождевых 184. Лето умеренно-жаркое, осень дождливая, зима не особенно суровая с частыми оттепелями, весна теплая, с дождями. Средняя годовая температура +4, 3.

Ветры не особенно сильны и не часты. Преобладают западные, реже с. западные. Зимой по преимуществу южные ветры.

В довоенное время, а равно и теперь город разделяется на 5 участков.

Центральная часть к северу от реки Западной Двины до полосы отчуждений жел. дор. 2, Задвинье—к югу от реки Западной Двины 3, Заполотье — к западу от реки Полоты 4, район около Воловьяго озера (Новое строение)—к северу от полосы отчуждения жел. дор.—5, поселок при станции Полоцк 2 между двумя дорогами Полоц—Орел и Полоцк—Псков.

Площадь каждого городского участка и количество жителей в нем и плотность населения видны из следующей таблицы (См. таблицу № 3). Из общей площади не застроено 700 десятин, что и составляет городской земельный фонд. Из таблицы видно, что центральная часть города довольно густо населена, остальные части города, особенно Задвинье и Заполотье не плотно заселены, и в них большинство жителей имеют участки огородной земли.

Таблица № 3

	Площадь в десят.	Число жит. в район.	Число жит. на 1 дес.
Центральная часть . . .	300	11107	37
Задвинье	640	2423	4,8
Заполотье	60	277	4,6
Р. около Воловьяго озера .	200	2557	12,8
Поселок при ст. Полоцк II .	100	1830	18,3

Число усадьб в городе до войны равнялось 2.200, за время войны и в период оккупации и обстрела города белополяками окончательно погибло 199 домов, еще больше пострадало их от отсутствия надлежащего ухода за ними. Всех квартир по переписи 1923 года имелось занятых 3055 и незанятых 55.

В среднем на каждые 100 квартир приходится жителей:
В Центральной части города 577
„ Задвинье 594
„ Заполотье 513
„ Р. около Воловьяго озера 604
„ Поселке при ст. Полоцк II 682

И на 1 жителя приходится жилой площади в кв. арш.
В Центральной части города 13,1
„ Задвинье 14,9
„ Заполотье 13,5
„ Р. около Воловьяго озера 13,2
„ Поселке при ст. Полоцк II 16,4

В среднем, по всему городу на 1 жителя приходится 13,9 кв. аршин жилой площади квартиры, а средняя плотность населения по переписи 1920 г. 438 жителей на 100 квартир.

В настоящее время, в связи с большим гарнизоном, размещенным также в городе, плотность еще больше увеличилась. Учета коечно-коморочных и подвальных помещений не велось, нужно лишь отметить, что число таковых незначительно. Ночлёжных домов в Полоцке не имеется.

Центральные улицы города Полоцка замощены булыжником, а окраины не замощены. Работы по замощению улиц были произведены еще в довоенное время и в период войны, мостовые частично ремонтировались, но большие передвижения войск в конец испортили мостовые и в настоящее время они настолько испортились, что местами образовались выбоины. Ремонт мостовых частично был произведен в 1924 году, всего перемощено 1350 кв. саж. Через реку Зап. Двину и Полоту построены деревянные мосты. Первый закончен постройкой в 1922 году (во время войны мост был уничтожен белополяками, а во время ледохода он каждый раз находится под угрозой), 2-ой мост заново перестроен в 1924 г., 1-й имеет протяжение 150 саж., а 2-й 42½ саж. Кроме этих больших мостов имеется по городу много небольших мостиков, ремонт их производится каждый год. Вследствие отсутствия водопровода в городе, поливка улиц не производится и борьба с пылью

не ведется. Город в текущем году освещен электрическими фонарями, при чем фонари имеются у каждого дома. Часть окраин еще не освещена, но в связи с оборудованием станции новым мощным Дизелем и окраины в недалеком будущем будут освещены электричеством.

Для стока атмосферных вод канализации не имеется, вода стекает в Двину по тем канавкам на улицах, что устроены вдоль тротуаров, но вследствие разрушения мостовых, канавки сравнялись в большинстве с поверхностью мостовых и вода стекает по всей улице. Канализация существует лишь для стока грунтовых вод, о которой упоминалось уже выше, она не по всему городу. Канализация имеется в бывшем корпусном здании, а также в некоторых больших домах города, но в настоящее время она вследствие отсутствия ремонта, не функционирует. Эта канализация существовала как для отвода чистых вод, так и для клозетов и писсуаров. Расположение города таково (Центральная часть выше окраин), что при оборудовании в будущем канализации можно будет устроить биологическую отчистку сточных вод. Отбросы и нечистоты поступают в помойные и выгребные ямы, которые имеются далеко не при каждом доме. Устройство их самое примитивное: деревянный сруб с крышкой, а иногда и без нее. В виду незначительности ассенизационнаго обоза, местами практикуются переносные выгребные ямы, благодаря чему почва быстро перестает всасывать, ямы переполняются и нечистоты разливаются кругом двора. Для свалки нечистот отведен участок на 354 версте Орловско-Витебской жел. дер. (в имении Пагирщино), место это в 2-х верстах за городом, площадь его одна десятина, от реки место свалки нечистот удалено на 1 версту. Нечистоты утилизируются для огорода и полей.

Кладбище имеется в каждой части города: в центральной части имеется православное и лютеранское кладбище, площадью в 1 десятину, находятся они в восточной части города, недалеко от реки Западной Двины, оба содержатся в чистоте, лютеранское кладбище огорожено, православное нет, в задвинской части также 2 кладбища, одно православное в $1/2$ дес. и одно еврейское в $3/4$ дес., оба в хорошем состоянии. Заполотье имеет свое православное кладбище в $1/2$ дес., находится в северной части города на возвышенном месте. Поселок при ст. Полоцк II имеет старообрядческое и православное кладбище, площадью в $3/4$ дес. Часть города около Воловьяго озера имеет два кладбища, одно еврейское в 3 дес., другое католическое в 2 дес. Еврейское кладбище расположено на низком месте, весной и осенью грунтовые воды близко подходят к кладбищу, а в особенности в дождливые годы, благодаря чему при рытьи могил можно натолкнуться на воду.

Водопровода Полоцк не имеет. До войны было три артезианских колодца в центральной части города, во время немецкой оккупации были начаты работы по сооружению водопроводной сети от существующих колодцев и по устройству водоразборных кранов в разных частях города, в дальнейшем эти работы были приостановлены, а обстрел города белополяками разрушил и существующие колодцы. В настоящее время один из упомянутых колодцев стоит заколоченный, из-за отсутствия средств для его дооборудования (необходим небольшой двигатель), два другие, хотя и разрушенные, функционируют, но настолько запущены, что лишь крайняя нужда заставляет жителей пользоваться ими. Бывшее корпусное здание имеет свой водопровод, вполне оборудованный, он снабжает водой и местную больницу. Вода артезианских колодцев очень жесткая, глубина их небольшая (до 40 саж.). Частных колодцев артезианских в городе имеются два, они в хорошем состоянии, с насосами, колодцев со срубами имеется много, но они еще не учтены. Бань в городе имеется две, одна в Центральной части города, другая в Задвинском районе. Обе находятся в аренде у частных

лиц. Пропускная способность их в месяц до 12.000. Общественных прачешных не имеется, лишь для обслуживания воинских частей имеется гарнизонная прачешная, частные прачешные за последнее время позакрывались. Механическаго оборудования прачешные не имеют, стирка и др. манипуляции с бельем производились ручным способом.

Санитарной организации до сентября 1924 года в округе совершенно не было. С нового бюджетного года введены в штат Окрздрава инспектор профчасти, санитарный и школьно-санитарные врачи. Организация эта в нашем округе молодая, без традиций, без навыка, а главное без материальной базы: нет дезотряда, санитарно-гигиенической лаборатории. Город находится в таком антисанитарном состоянии, что вся работа сосредоточивается вокруг текущего санитарного надзора. Был представлен санорганизацией ряд мер по оздоровлению водоснабжения по улучшению санитарного состояния улиц, площадей, базаров, но все эти начинания не проводились в жизь из-за отсутствия материальных средств.

Ветеринарно-санитарный надзор ведется в городе двумя ветврачами. В городе имеется бойня, амбулатория для животных. Осмотр и клеймение уже битых туш, привозимых главным образом из сельских местностей, производится при амбулатории. Помимо этой работы ветврачи ведут наблюдение за продажей мяса на базарах, с возов, преследуя продажу неклейменного мяса.

Отсутствие старых отчетов и архивов не дает возможности учесть, каков был довоенный бюджет по здравоохранению в городе. В настоящем бюджетном году на здравоохранение тратится 45.000 рублей из общего бюджета по городу в 500.000 руб., что составляет 9 проц..

Нет сомнения, этот проц. мал, необходимо его повысить, только лишь при этом условии можно расчитывать, что лечебные заведения и санитарное состояние города улучшится в следующем году.

Трахома и организация борьбы с нею в Борисовском округе по данным поголовного осмотра[1]).

Врач-окулист Родштейн.

Одним из злейших народных бедствий в С. С. С. Р. является трахома, дающая наибольший процент слепоты среди всех остальных глазных заболеваний. Распространение глазных болезней, вообще, и трахомы, в частности, в Белоруссии изучено очень мало. Для организации борьбы с трахомой, прежде всего требуется точный ее учет и регистрация. Однако, регистрация трахомы при современном состоянии знаний участкового медперсонала, который, кроме того, имеет очень большой радиус обслуживания, дает далеко не точный материал. Понятие „трахомы“ у многих врачей и лекпомов не связано с определенной картиной заболевания. Многие коньюнктивиты ими принимаются за трахому и наоборот. Большинство трахоматозных долгое время не знают про свою болезнь и такие начальные формы для неопытного глаза могут остаться незамеченными.

Если возьмем последние статистические сведения о трахоме в бюллетене о движении заразных заболеваний по Б. С. С. Р., то у нас получается впечатление, что в городах больший процент трахомы, чем в прочих селениях. Фактически—совершенно обратная картина. Это только лишний раз указывает на то, что окулистическая помощь в деревне отсутствует. Этой разницы нет в тех случаях, когда и в окружном городе нет специальной помощи (напр. Мозырский округ).

Подводя итог годичной своей работы в Борисовском уезде, я был поражен большим процентом больных трахомой. Остановлюсь на некоторых цифрах из моего доклада за прошлый год [2]).

С октября 1923 г. по октябрь 1924 г. в Борисовской глазной амбулатории было принято 1907 первичных больных, посещений ими сделано 11003. Больных трахомой оказалось 481 (34 проц.).

Больных сельского населения было принято 112 (8 проц.), среди них трахоматозных—91 (83 проц.).

Сравним наши данные с данными других авторов. По данным д-ра Каминского (с 1890—1908) среди глазных больных заболевания трахомой составляют 12,5 проц.

По данным д-ра Ульянова в 1908 г. в Минской губ. было 21,7 проц. трахоматозных среди всех глазных больных. Д-р Левина в отчете о командировке в Белоруссию в 1921 г. приводит цифру на 50 человек амбулаторных—47 трахоматозных. Эти цифры свидетельствуют о значительном росте трахомных в Белоруссии, сравнительно с дореволюционным временем. О росте и даже угрожающих размерах распространения трахомы в Борисовском уезде свидетельствует процент свежей трахомы и процент трахоматозных детей.

---

[1]) Доложено в Борисовском обществе врачей в июле 1925 г.

[2]) Доклад в обществе врачей в гор. Борисове в 1924 г.

На 481 случай трахомы имеем:

213 случаев Tr. I (44,2 проц.)
211 „ „ II (43,8 „)
и 57 „ „ III (11,8 „)

и больных трахомой до 16 лет—150 человек (31 проц.).

Сравнивая последние цифры с цифрами Каминского за 1890—1908 г. и Ульянова за 1908 г., мы констатируем, что заболеваемость трахомой с каждым десятилетием почти удваивается. Колоссальный процент (83) трахоматозных сельского населения амбулаторного приема я об'ясняю тем, что трахома свирепствует в Борисовском округе со всеми ужасными осложнениями и последствиями. За год в амбулатории зарегистрировано было 14 случаев слепоты на 1 глаз и 5 случаев слепоты на оба глаза от трахомы.

Следующий год моей работы в Борисовском округе вполне доказал, что распространение трахомы в округе чрезвычайно велико, и я решил, несмотря на перегруженность в работе по городу, приступить к поголовному осмотру глаз населения отдельных деревень округа для организации борьбы с трахомой.

Деревня „Неманицы" находится в 6-ти верстах от г. Борисова. Население исключительно белорусское, все занимаются хлебопашеством. Большинство имеют 1 лошадь и 1 корову. Имеются хозяйства и безлошадные. Несколько семейств работает на фабриках в Н.-Борисове. Живут в домах, ничем не отличающихся от обыкновенных изб. Вновь построенные дома не уступают домам г. Борисова. Деревня состоит из 3-х правильно расположенных улиц. Живут, в общем, грязно, нет отдельного двора для скота—собаки, свиньи, овцы и домашняя птица являются постоянными гостями жилого помещения. Бани, обыкновенные крестьянские—темные, закуренные, тесные. Умывальники не приняты. Очень редко пользуются отдельным полотенцем.

Не всегда даже каждая семья имеет отдельное полотенце, если в доме живет несколько семейств. Среди населения мало грамотных, в особенности, среди женщин. Для осмотра глаз ходили из дома в дом, попутно знакомясь с условиями быта. Иногда встречали недоверие к осмотру, и часто девушки, боясь услышать, что глаза у них больные, не позволяли осматривать свои глаза или, чаще всего, ускользали от осмотра. Поэтому, до окончания осмотра всей деревни, многим не заявляли об их болезни, чтобы не вызвать у них ложного стыда. Бывали и случаи, что нас прямо зазывали. К концу всего осмотра через местные власти созывали сход, на котором об'ясняли цель нашего приезда и беседовали о трахоме и мерах борьбы с ней.

До сих пор осмотры производились без регистрационной карточки, но в будущую нашу планомерную работу она уже вводится. Перейду к результатам осмотра в дер. „Неманицы". Всего осмотрено дворов 43. Из них трахоматозных—19 (44 проц.), нетрахоматозных—24 (56 проц.).

В осмотренных домах часть населения отсутствовала—из 234 чел. осмотрено 161. Из них больных трахомой оказалось 57 (35,5 проц.), из них мужчин—15 (26 проц.), женщин—17 (30 проц.), подростков и школьников—15 (25 проц.), детей—9 (16 проц.).

В 50 проц. трахоматозных домов больны все члены семьи. В остальных 50 проц. или у родителей давно зарубцевавшаяся трахома, а дети здоровы или, наоборот, дети и мать больны, а мужчины, обыкновенно, старше 50 лет, здоровы. Надо полагать, что дети принесли болезнь извне.

Деревня „Селитринки" в 3-х верстах от деревни „Неманицы", состоит из одной длинной улицы. Бытовые условия те же, что и в предыдущей деревне. Осмотрена была вся деревня—58 дворов, из них трахоматозных—25 (43 проц.).

Всего населения деревни—252 человека. Осмотрено из них 162 чел., в том числе трахоматозных—57 (35 проц.). Из них мужчин—21 (34 проц.), женщин—21 (34 проц.), школьников и подростков—11 (19 проц.), детей—5 (10 проц.).

Деревня „Б. Ухолоды" в 12-ти верстах от г. Борисова. Дома разбросаны по переулкам. Большая часть была сожжена белополяками. Условия быта такие же, как и в предыдущих. Осмотрено было 48 дворов в разных участках деревни целыми переулками. Из них трахоматозных—26 (54 проц).

Всего населения этих домов—290 человек. Осмотрено было 183 ч., в том числе трахоматозных—71 ч. (39 проц.). Из них мужчин—19 (25,2 проц.), женщин—21 (31,2 проц.), школьников, подростков—20 (28 проц.), детей—11 (15,5 проц.).

Кроме того, на осмотр явились жители с далеко зашедшей трахомой из 15-ти домов, еще не осмотренных участков деревни. Такой большой процент трахоматозных станет нам отчасти понятным, если примем во внимание вышеуказанные санитарно-жилищные условия и малокультурность населения. Не малую роль в быстром развитии трахомы, в особенности, за последнее 10-ти летие сыграли последние войны, а, главным образом, отступление белополяков, при котором больше половины населения пострадало от пожаров. Приходилось жить в самых ужасных условиях, и нечего было думать об отдельной постели или полотенце. Поэтому неудивительно, что около 50 проц. трахоматозных падает на подростков и детей, получивших болезнь во время германской и гражданской войн.

Что касается вопроса о зависимости между стадией болезни и возрастом, то в наших случаях трахома I и трахома под вопросом падает больше всего на возраст до 6-ти лет.

Трахома II больше всего встречается в возрасте от 10—30 лет.

Трахома III, главным образом,—от 40 годов. Старше 70-ти лет с трахомой I-ой всего два случая.

Все сказанное свидетельствует о том, что заражение трахомой происходит, главным образом, в детстве. Осложненная трахома у нас отмечена в 30-ти процентах в виде pannus'a, entropion'a, ксероза, pannus+entropiona, лейком, язвы роговицы. Кроме того, зарегистрировано 4 случая слепоты на оба глаза, 2 случая ксероза и 2 вследствие полных лейком. Наш результат осмотра, хотя и основанный на небольших цифровых материалах, плюс материал двухгодичный, прошедший через глазную амбулаторию, да общие бытовые условия округа—все вместе дает нам право заявить о колоссальном проценте трахоматозных больных в округе. Нужны энергичные меры. Только при систематической, постоянной и упорной борьбе можно рассчитывать на успех. Глазная больница и амбулатория должны быть центром, об'единяющим все виды окулистической помощи и также всю профилактическую работу своего района. С будущего бюджетного года Борисовским Окрздравом принимается целый ряд профилактических мер борьбы с трахомой: 1) устройство дома-общежития на 30 коек для приезжающих крестьян, больных трахомой, которое будет тесно связано с амбулаторией. Наше глазное отделение не может дать приюта всем, и трахоматозные больные, приезжая из далеких мест, селятся среди здоровых и часто заражают их трахомой; 2) увеличение числа глазных коек больницы; 3) участковые врачи будут получать кратковременные командировки в глазные учреждения для получения необходимой подготовки по глазным болезням и с мерами борьбы с трахомой; 4) будут отпущены средства на более продолжительные командировки в глазные учреждения г. Борисова для девяти лекпомов для подготовки с мероприятиями борьбы с трахомой. Кроме того, каждый

участковый и фельдшерский пункт раз в полгода будет откомандировывать одного человека среднего персонала в г. Борисов на 3-4 недели для вышеуказанной подготовки. Трахоматозным лекпомам и сестрам вменяется в обязанность поголовный осмотр жителей своего района, заводить регистрационные карточки для больных трахомой по определенному образцу, лечить больных с неосложненной трахомой, сомнительные и осложненные случаи направлять к участковому врачу или специалисту, проверять, лечится-ли больной в действительности, при чем лечение должно производиться во всей семье больного, иначе возможны вторичные заражения. Кроме того, трахоматозные сестры и лекпомы раз'ясняют населению сущность болезни, причины ее возникновения и способствующие моменты ее распространения и ведет борьбу со знахарством и невежеством.

Словом, должны вести самую широкую борьбу с трахомой на местах. Лечение школьников помимо семьи не гарантирует от вторичной инфекции дома, поэтому школьно-санитарные врачи должны работать в тесной связи с окулистическим пунктом. До сих пор эта связь была неналажена и профилактическая работа мало развита. Врачи и трахоматозный средний персонал распространяют через учителей, в особенности, женотдел (роль матери в распространении трахомы огромна) самые популярные сведения о трахоме среди населения. Этим самым учителя и женотдел могут быть лучшими помощниками врача. Одно лечение трахомы в больницах и амбулаториях без принятия профилактических мер в смысле ее искоренения—работа бесполезная. Глазные лечебные учреждения предупреждают, главным образом, слепоту от трахомы.

В смету будущего бюджетного года не вошло открытие трахоматозных домов для детей, и нам придется ограничиться выделением изоляторов для трахоматозных детей в детских домах.

Созыв с'езда окулистов с участием участковых врачей—вопрос вполне назревший, так как необходимо общими силами двинуть вопрос по борьбе с трахомой быстро вперед.

Глазные больные в Бобруйском округе.

Выдержки из доклада, прочитанного на Бобруйской окружной конференции врачей в 1925 г.

Д-р Ф. А. КОРОЛЬКОВ.

Скудость сведений о степени распространения трахомы на территории СССР и, в частности, почти полное отсутствие достоверных сведений о распространении трахомы в БССР побуждают меня, в целях познания края и необходимости организации окулистической помощи населению, поделиться тем материалом, который накопился у меня за три последние года работы в Бобруйске. Материал этот не велик, он обнимает всего около 6000 первичных обращений глазных больных, но обладает тем достоинством, что регистрировался он одним обследователем, охватывает почти весь бывший Бобруйский уезд с прилегающими волостями бывш. Могилевского и Рогачевского уездов и позволяет сделать из него определенные выводы.

С сентября 1921 года по 1-е января 1925 года мною зарегистрировано всего 5861 больных; из них городских 2923 и из деревни 2938. Обе эти большие и одинаковые по численности группы городских и деревенских больных, как по отдельным формам заболеваний, так и по тяжести их резко отличаются друг от друга и в то же время характеризуются строго определенным для каждой из них и постоянным составом. Насколько поразительно постоянен этот состав больных, обращающихся из города и из деревни, я могу иллюстрировать следующими цифрами: за 1-ю половину трехлетия из 2500 больных мною зарегистрировано: трахоматозных больных из города—170 чел., за вторую половину (тоже из 2500 чел.)—130 чел., а из деревни—за первую половину 451 чел. и за вторую 454 чел.; с болезнями коньюнктивы—из города 321 (за первую половину) и 309 (за вторую), из деревни 171 и 208; с болезнями роговицы: из города 109 и 112, из деревни 185 и 174; с аномалиями рефракции: из города 252 и 243, из деревни 52 и 52 и т. д.

Распределение обращений по отдельным системам и группам заболеваний из города и из деревни мною сопоставлено в следующей таблице:

№№ по порядку	Группы глазных заболеваний	Город: Абсол. число	Город: %	Деревня: Абсол. число	Деревня: %
1	Трахомат. поражение глаз . . .	337	12	1137	39
2	Скрофулезн. пораж. коньюнктивы и роговицы	215	7	292	10
3	Болезни век	486	16	138	5
4	Болезни слезных путей . . .	112	4	83	3
5	Болезни кон'юнктивы . (без трахомы и скрофул.)	701	24	497	16
6	Болезни роговицы . (без трахомы и скрофул.)	269	9	454	15
7	Внутриглазн. заболевания (хрусталик, сетчатка и зрит. нерв.) . . .	156	6	145	5
8	Аномалии рефракции	583	20	139	5
9	Прочие болезни глаз	64	2	53	2
		2923	100	2938	100

Не останавливаясь на деталях этой таблицы, отмечу только следующее:

В городе преобладающими заболеваниями являются нетрахоматозные поражения коньюнктивы—24 проц., аномалии рефракции—20 проц. и болезни век—16 проц.; в деревне на первом месте стоит трахома 39 проц., болезни роговицы—15 проц. и скрофулезное поражение глаз 10 проц. Другими словами, если мы отнесем болезни кон'юнктивы, век, слезных путей, двигательного аппарата и аномалии рефракции к заболеваниям сравнительно легким, а остальные к заболеваниям тяжелым, то увидим, что обращаемость при заболеваемости легкой в городе составит 70 проц. обращений, а из деревни те же 70 проц. дает заболеваемость тяжелая, делающая больного нетрудоспособным или даже грозящая слепотой. Еще рельефнее этот факт обращаемости из деревни преимущественно лиц с тяжелыми формами глазных болезней выявляется при более детальном сравнении групп трахоматозных заболеваний и заболеваний скрофулезных, сопоставленных мною в следующей таблице:

Распределение трахоматозных и скрофулезных больных по тяжести заболеваний в городе и деревне:

	Город		Деревня	
	Абсол. число	%	Абсол. число	%
Трахома.				
Начальн. формы	158	47	62	6
Развитые формы без ослеп.	93	28	391	34
Осложненные формы (язвы роговиц, заворот век, паннус)	86	25	684	60
Скрофулез.				
Скрофулезный блефорит	87	28	32	10
Кон'юнктивальные формы	137	46	67	21
Роговичные формы	78	26	219	69
	302	100	318	100

Эта таблица с полной очевидностью доказывает, что начальные формы трахомы и других хронических глазных заболеваний в деревне не лечатся, а предоставляют их естественному течению, приводящему к потере трудоспособности, отчасти по недоступности для деревни окулистической помощи, отчасти вследствие бытовых условий, о которых речь будет дальше.

В этом отношении большой интерес представляет собой кривая первичных обращений глазных больных из деревни. Она по своему виду напоминает кривую возвратного тифа: с сентября по май, т. е. в течение 8-ми месяцев, число первичных обращений из деревни колеблется в пределах 40—65, в мае внезапно поднимается выше 100, в июне достигает максимума около 130 и даже 150, в июле и августе падает почти так же быстро, как поднималось, и в сентябре приходит

к норме. Это явление повторяется из года в год с такою правильностью, что годовые кривые помесячного первичного обращения больных из деревни, наложенные одна на другую, совпадают с поразительной точностью. Летняя обращаемость (июнь, июль и август) составляет 47 проц. всей годовой обращаемости.

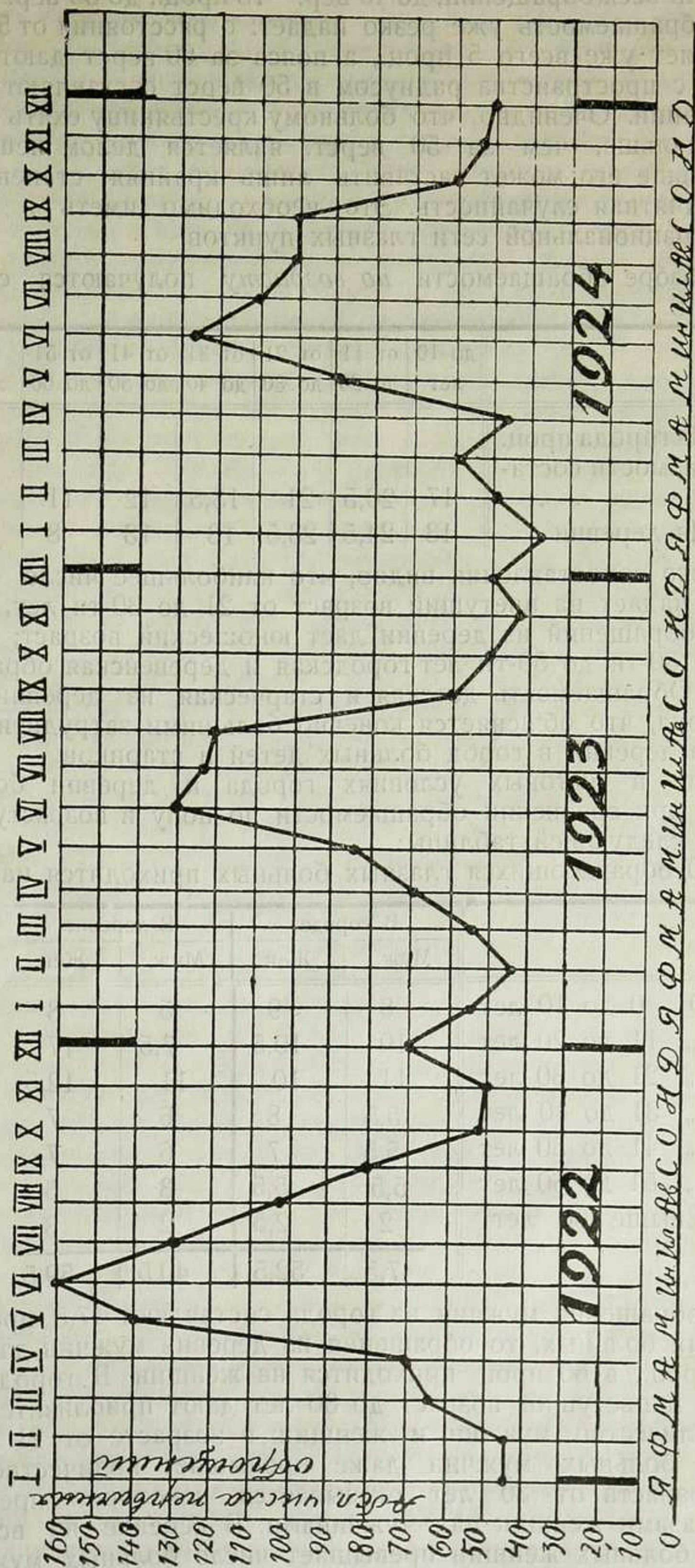
В чем искать об'яснения этому явлению?

Совпадение по времени года повышенной глазной обращаемости из деревни с наибольшей напряженностью крестьянской работы, казалось бы с первого взгляда, разрешает этот вопрос и об'ясняет повышенную обращаемость усилением заболеваемости, стоящей в зависимости от вредности работы в поле. Однако ближайшее ознакомление с характером этой обращаемости заставляет отказаться от этого вывода: оказывается, что из обращающихся в это время из деревни крестьян 40 проц. являются с теми же запущенными формами деревенской трахомы, 30 проц. с другими хроническими же формами глазных заболеваний и только 20 проц. с формами свежими и 10 проц. детей. Ясно, что не условия и вредность полевой работы гонят крестьян в самое горячее рабочее время лечиться в город, а гонит их туда необходимость и невозможность работать, вследствие развившейся и усилившейся за зиму болезни глаз. Наша кривая не эпидемиологическая кривая, а яркая кривая кривого темного крестьянского белорусского быта. Поздней осенью, зимой и ранней весной больной глазами, мало в них нуждаясь, топчется около своей хаты, ходит по знахарям и шептунам и заражает в тесной и грязной хате свою семью; с наступлением рабочей поры он убеждается, что смотреть не может, а работать надо, и эта необходимость и невозможность работы и гонит его в город к врачу. Интересно, что степень улучшения в состоянии глаз такой больной измеряет количеством произведенной им работы. „Что же, лучше вам со вчерашнего стало"?,—спрашиваешь подгородного крестьянина, и слышишь радостный ответ: „Как же не лучше, с вечера во сколько богато бульбы накопал".

Несомненно, что весеннее и осеннее бездорожье и зимние холода оказывают понижающее влияние на количество обращающихся из деревни за глазной помощью в город, но одних этих факторов, несомненно недостаточно для об'яснения всей приведенной кривой, и во всяком случае они не дают никакого об'яснения тому факту, что в августе и сентябре, когда условия сообщения деревни с городом наиболее благоприятны, деревенская обращаемость резко падает.

При рассмотрении приведенной кривой, я хотел бы еще обратить внимание на то обстоятельство, что в соответствии с увеличением первичной обращаемости идет параллельно и увеличение повторной обращаемости, превышающей первичную раза в два, так как наспех, подлечившись летом, больные в мае снова возвращаются по той же причине, что и раньше. А это значит, что каждое лето только в окрестностях Бобруйска, в окружности верст в 50, и только по моим сведениям, об'являетcя около 250 новых хроников, будущих калек, и человек 750 на дней десять отрываются от работы, т. е. теряется 7500 рабочих дней в самое горячее рабочее время. Это дает возможность приблизительно судить о том, какой экономический вред наносится крестьянскому хозяйству по всей Белоруссии, и чего стоят деревне глазные болезни, из которых на 1-м месте стоит трахома.

Остановлюсь еще на зависимости количества обращений от расстояния. По моим данным количество обращений из деревни с пространства до 10 верстного радиуса составляет всего 10 проц., с следующего пояса до 20 верст—30 проц.; селения, отстоящие на 30 верст



Абсол. числа первичных обращений
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII
1922
1923
1924
Я Ф М А М Ин Ил Ав С О Н Д Я Ф М А М Ин Ил Ав С О Н Д Я Ф М А М Ин Ил Ав С О Н Д

дают 20 проц. всех обращений, до 40 вер.—16 проц., до 50 вер.—14 проц., а дальше обращаемость уже резко падает: с расстояния от 50—60 вер. она составляет уже всего 5 проц., а пояса за 60 верст дают 2-1 проц. Обращения с пространства радиусом в 50 верст составляют 90 проц. всех обращений. Очевидно, что больному крестьянину ехать за глазной помощью дальше, чем за 50 верст, является делом непосильным, и ехать дальше его может заставить лишь крайняя степень нужды или благоприятная случайность. Это необходимо иметь в виду при устройстве рациональной сети глазных пунктов.

При обзоре обращаемости *по возрасту* получаются следующие соотношения:

	до 10 лет	от 11 до 20	от 21 до 30	от 31 до 40	от 41 до 50	от 51 до 60	Свыше 60
Из города проц. обращаемости составляет	17	20,5	21	13,5	12	11	5
Из деревни . .	13	24,5	23,5	13	13	8	5

Из этого сопоставления видно, что наибольшее число городских обращений падает на цветущий возраст от 21 до 30-ти лет, наибольшее число обращений из деревни дает юношеский возраст; в зрелом возрасте от 30-ти до 50-ти лет городская и деревенская обращаемость одинакова. Обращаемость детская и старческая из деревни меньше, чем из города, что об'ясняется конечно большими затруднениями при доставке из деревни в город больных детей и стариков.

Разница в бытовых условиях города и деревни более резко выявляется при сравнении обращаемости по полу и возрасту, что ясно видно и из следующей таблицы:

Из 100 обращающихся глазных больных приходится на возраст:

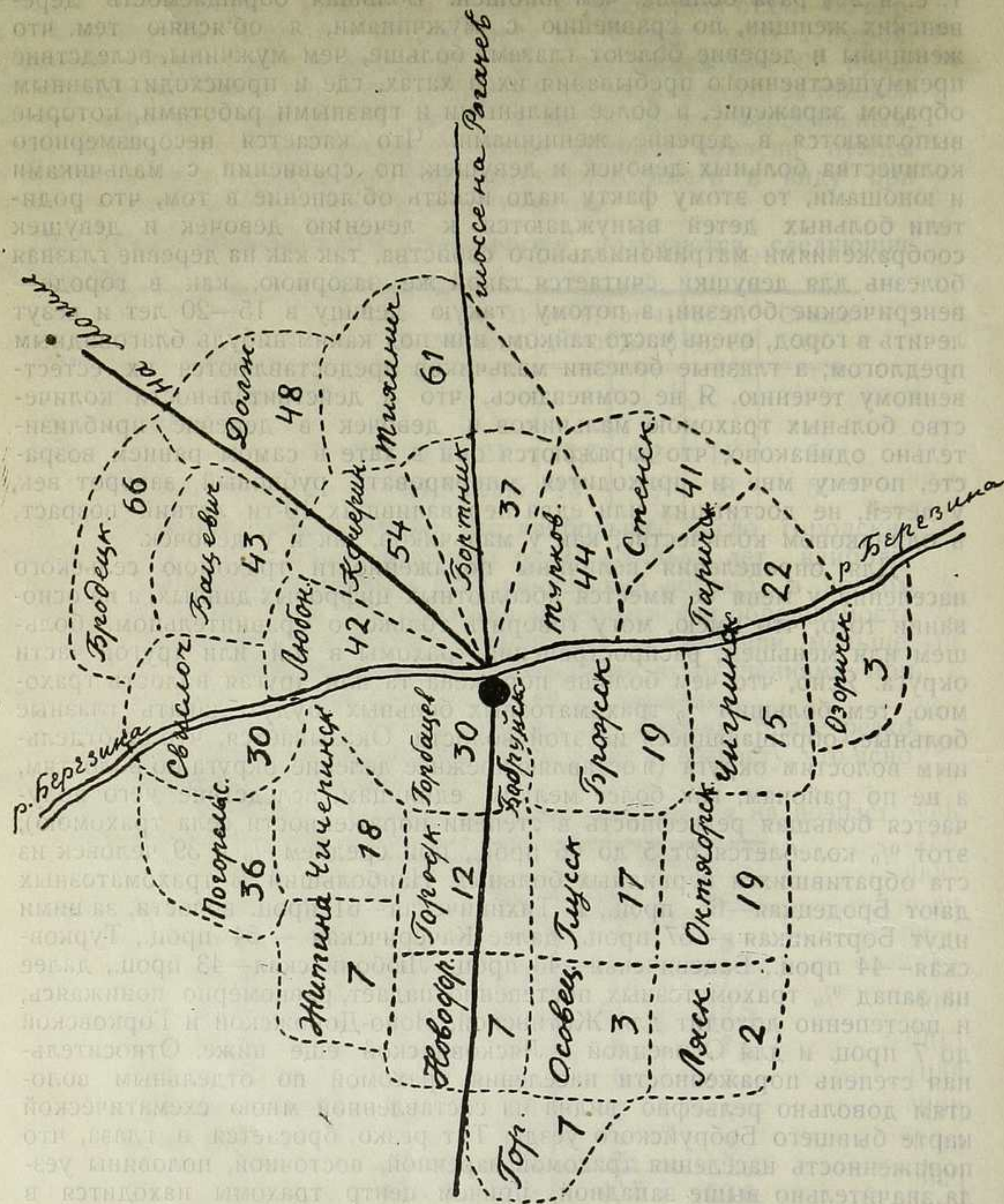
	В городе.		В деревне.	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
От 0 до 10 лет	8	9	5	8
„ 11 до 20 лет	10	10,5	7,5	17
„ 21 до 30 лет	11	10	11	12,5
„ 31 до 40 лет	5,5	8	6	7
„ 41 до 50 лет	5,5	7	6	7
„ 51 до 60 лет	5,5	5,5	3	5
Свыше 60 лет	2	2,5	2	3
	47,5	52,5	40,5	59,5

Если обращения мужчин из города составляют 47,5 проц. городских глазных больных, то обращения из деревни мужчин дают только около 40 проц., а 60 проц. приходится на женщин. В городе детский, юношеский и цветущий возраст до 30 лет дают приблизительно одинаковое количество мужчин и женщин; в возрасте от 21 до 30 лет количество больных мужчин даже превышает количество женщин, только с возраста от 30 лет оказывается некоторое преобладание больных глазами женщин над мужчинами. В деревне во всех возрастах число больных женщин превышает число больных мужчин. Это превышение особенно сказывается в возрастах детском и юношеском: мальчики до 10 лет составляют 5 проц. деревенской обращаемости,

а девочки 8 проц.; юношей до 20 лет—7,5 проц., а девушек—17 проц. т. е. в $2^1/_2$ раза больше, чем юношей. Большая обращаемость деревенских женщин, по сравнению с мужчинами, я об'ясняю тем, что женщины в деревне болеют глазами больше, чем мужчины, вследствие преимущественного пребывания их в хатах, где и происходит главным образом заражение, и более пыльными и грязными работами, которые выполняются в деревне женщинами. Что касается несоразмерного количества больных девочек и девушек, по сравнении с мальчиками и юношами, то этому факту надо искать об'яснение в том, что родители больных детей вынуждаются к лечению девочек и девушек соображениями матримониального свойства, так как на деревне глазная болезнь для девушки считается такой же зазорною, как в городе— венерические болезни, а потому такую девицу в 15—20 лет и везут лечить в город, очень часто тайком, или под каким нибудь благовидным предлогом; а глазные болезни мальчиков предоставляются их естественному течению. Я не сомневаюсь, что в действительности количество больных трахомою мальчиков и девочек в деревне приблизительно одинаково, что заражаются они в хате в самом раннем возрасте, почему мне и приходится оперировать рубцовый заворот век, у детей, не достигших или едва переваливших 10-ти летний возраст, в одинаковом количестве, как у мальчиков, так и у девочек.

Для определения величины пораженности трахомою сельского населения, у меня не имеется абсолютных цифровых данных, а на основании того, что имею, могу говорить только о сравнительном, большем или меньшем, распространении трахомы в той или другой части округа. Ясно, что чем больше поражена та или другая волость трахомою, тем больший % трахоматозных больных будут давать глазные больные, обращающиеся из этой волости. Оказывается, что по отдельным волостям округа (я оставляю прежнее деление округа по волостям, а не по районам, как более мелким единицам, вследствие чего получается большая рельефность в степени пораженности села трахомою), этот % колеблется от 5 до 66 проц., при среднем % в 39 человек из ста обратившихся первичных больных. Наибольший % трахоматозных дают Бродецкая—66 проц., и Тихиничская—61 проц. волости, за ними идут Бортницкая — 57 проц., далее Качеричская — 54 проц., Турковская—44 проц., Бацевичская—43 проц., Любоничская—43 проц., далее на запад % трахоматозных постепенно падает, равномерно понижаясь, и постепенно доходит для Житинской, Ново-Дорожской и Горковской до 7 проц. и для Осовецкой и Лясковичской еще ниже. Относительная степень пораженности населения трахомой по отдельным волостям довольно рельефно видна на составленной мною схематической карте бывшего Бобруйского уезда. Тут резко бросается в глаза, что пораженность населения трахомой заречной, восточной, половины уезда значительно выше западной, причем центр трахомы находится в районе Тихиничской волости и примыкающих к ней Бортницкой и Качеричской волостях. Из восточной половины уезда мною зарегистрировано 1921 чел. больных, из них трахоматозных—880, т. е. 46 проц., из западной всего 906 больных, из них трахоматозных—238, т. е. 26 проц. Если допустить, что численность населения обоих половин уезда одинакова, то казалось бы, надо допустить, что глазных заболеваний в восточной половине уезда вдвое больше, а пораженность населения трахомой больше почти вчетверо, чем в западной.

Масштаб для сравнения и данные для подкрепления моих собственных наблюдений я нашел в „Очерке деятельности глазного отделения Сосновской земской больницы за 1911 год врача-окулиста



Сарапульского земства В. А. Филонова, напечатанном в Вестнике Офтальмологии № 2 1914 года. Село Сосновка, где работало это глазное отделение, находится в центре северной половины Сарапульского уезда, Вятской губернии, т. е. той части уезда, которая преимущественно населена вотяками. Выводы, которые можно сделать из того цифрового материала, который имеется в этом очерке, совпадают с моими выводами почти до тожества. Так резкое повышение глазной обращаемости в летнее время, по данным очерка, составляет за май, июнь и июль месяц 46 проц. всех годовых обращений, по моим данным—47 проц. Преобладание обращаемости женской над мужской по данным очерка

выражается отношением 58:42, по моим данным отношением 59:41. По наблюдениям Сосновского отделения обращаемость с расстояния до 50 верст составляет 91 проц. общей обращаемости, по моим наблюдениям 90 проц., наконец в распределении глазных больных по группам заболеваний % отношений по группам болезней век 5 проц., слезных путей—3 проц., внутри глазные заболевания—5 проц. и болезни двигательного аппарата и общие врожденные аномалии — 2 проц., совпадают с полной точностью; что касается болезней роговицы и трахомы и также скрофулеза, то тут замечается расхождение; на долю нетрахомных и нескрофулезных заболеваний роговицы в Сосновской больнице приходится 10 проц., а у нас 15 проц.; на долю скрофулезных поражений там 15 проц., а у нас 10 проц. и трахому: там 67 проц., а у нас 39 проц. Это указывает на то, что в наших деревнях, кроме трахомы, необычайно сильно развит скрофулез, только тяжелые формы которого с тяжелыми осложнениями попадают в город, благодаря тому, что среди крестьян распространено мнение, что золотуху лечить и „дражнить“ нельзя; что касается превосходства Сосновской больницы в количестве трахоматозных больных, то оно компенсируется качеством нашей трахомы: там процент трахоматозных без осложнений со стороны роговицы 45 проц., а у нас в деревне только 40; там формы осложненной трахомы составляют 55 проц., а у нас 60 проц. И это становится понятным, если принять во внимание, что Сосновская больница работала в центре, в самой гуще трахоматозного очага, а мы работаем наотлете и к нам попадают, как я на это и раньше указывал, по преимуществу случаи тяжелые. Работай мы в таком центре, как напр. Тихиничи, и у нас процент трахоматозных больных был бы не 39 проц., а те же 67 проц., близкие цифры к которому дают волости Бортницкая, Тихиническая, Бродецкая и Качерицкая.

Вот тот материал, которым я хотел поделиться и который дает возможность сделать следующие выводы:

1. Степень пораженности населения восточной заречной половины Бобруйского округа приближается к пораженности знаменитых вотяцких селений, причем центром трахомы является волость Тихиничская и прилегающие к ней волости Бортницкая и Качерицкая, на север от них следующими по пораженности трахомой надо считать и волости Любоничскую и Бацевичскую, а на юг Турковскую и Степскую.

2. Устройство постоянных пунктов глазной помощи особенно необходимо в районах только что перечисленных волостей.

3. При устройстве постоянных глазных пунктов необходимо иметь в виду, что вследствие бездорожья и безлошадности крестьянства радиус обслуживания глазным пунктом определенной территории не должен превышать 40 верст.

4. Наибольшая потребность в глазной помощи деревенскому населению является во время летних месяцев с мая по сентябрь, когда постоянная лечебная глазная помощь должна усиливаться командированием из центра добавочного окулистического персонала.

5. Главным очагом распространения трахомы является деревенская хата, на оздоровление которой должны быть в первую очередь направлены все профилактические мероприятия.

Результаты анкеты (анонимной) среди учащихся профтехшколы деревообделочников в гор. Витебске.

Д-р БЕССМЕРТНЫЙ.

Современная литература посвящает много страниц и уделяет много внимания быту нашей молодежи. В особенности комсомольская молодежь, переходящая от старого быта на новый быт и не имеющая никаких указаний, ни из опыта прошлого, ни из современной литературы, ищет самостоятельного пути и по свойственной молодости увлечениям ударяется в крайности и делает те ошибки, которые вредны и для нее лично и для общества. Половой вопрос в среде нашей молодежи, опять таки главным образом комсомольской, вопросы нагрузки, недостаток общего образования и общего развития, как результат уклона в сторону политики, чрезвычайно скверно освещен, нет никаких обследований, имеются только газетные статьи, данные, взятые по отдельным случаям или по наслышке, и поэтому совершенно негодные для научной и общественной разработки.

Профтехшкола, подвергнутая осмотру мною, имеет 50 чел. учащихся, на 95 проц. партийных, все без исключения чисто пролетарского происхождения и, как видно из программы и задач школы, готовящих себя к будущей пролетарской работе у станка. Таким образом, я имел дело с пролетарской молодежью на все 100 проц.; правда, в небольшом количестве, но зато весьма важным по качеству. Возрасты их от 14 до 20 лет, возраст психической и физической неустойчивости, возраст полового созревания лучше всего соответствует тем задачам, которые я себе поставил. Таким образом, результаты этой анкеты должны нам дать, хотя и не в массовом масштабе, а в ячейковом, некоторые представления о быте и стремлениях нашей молодежи.

Ввиду того, что некоторые вопросы анкеты, как, например, половой вопрос, могли бы дать неправильные ответы при открытом вопросе, я сделал эту анкету анонимной, предполагая, что выигрыш от этого покроет все недочеты от анонимности анкеты.

Предварительно, на общем собрании, мною было раз'яснено всем учащимся смысл и цель этой анкеты, встретившие общее сочувствие молодежи. Все вопросы были разобраны в отдельности, по всем были даны раз'яснения и дан был срок (трехдневный) для заполнения анкет. Краткий срок был дан потому, что затягивание анкеты ведет постоянно к потере интереса к ней и, таким образом, к невыполнению ее в значительной степени.

Вот образец анкеты, предложенный к заполнению учениками школы.

АНКЕТА.

Общие сведения:

Пол........, возраст........, национальность..............., язык..............., родина........, местожительство........, живешь отдельно или в семье........, занятие родителей................, образование отца........, матери........, их имущественное положение........, воспитание и образование..............., когда начал учиться........, (где, дома, у учителя)........, в какой школе........, как учился........, какие школы окончил........, в срок или с опозданием........, читаешь ли........, что читаешь........, газеты........, беллетристику........, полит-литературу........, в каких кружках работаешь........, какие газеты читаешь........, какие зрелища предпочитаешь........, театры или кинематографы................, какие вещи предпочитаешь: драмы или комедии........, революционные пьесы........, любимый автор........, любимое произведение........, посещаешь ли концерты........, лекции........, и на какие темы........, чем интересуешься........, больше всего........

Половая жизнь.

Когда начал впервые чувствовать половое влечение к другому полу........, религиозен ли........, занимаешься ли онанизмом........, с какого года........, сколько лет........, почему прекратил........, на котором году имел половое сношение........, почему (по любви, по любопытству или же случайно)........, имел ли связь с проститутками........, ходите ли сейчас к проституткам........, какими венерическими болезнями страдаете........, лечитесь ли........ .

Распределение дня.

Когда встаешь........, точное расписание обычного дня................................

Состояние здоровья.

Чувствуешь ли себя здоровым........, занимаешься ли спортом........, систематический спорт или случайный........

Питание (в день).

Сколько хлеба, мяса, жиров, сахара................................

Спиртные напитки.

Сколько выпивает пива, водки в месяц................................

Заработок в месяц.

Сколько................................

Помощь от кого................................ Сколько................................

На основании полученных анкет можно сделать следующие *выводы:*

Возраст.

Наибольший возраст—20 лет; наименьший—12; средний возраст—16 лет.

Национальность.

Евреев—32 ч., русских—11 ч., следовательно—74 проц. и 26 проц.

Язык.

По-еврейски говорят 24 ч., по-русски 19 ч., следовательно приблизительно 60 и 40 процентов.

Воспитание.

Этот момент был особенно подчеркнут мною ученикам школы; ответы получились следующие: воспитывалось в семье—27 ч. в коллективных учреждениях—11 чел., воспитывалось самостоятельно—5 человек, следовательно около 30 проц. воспитывалось вне семьи по тем или иным причинам.

Занятие родителей.

Вообще рабочих 16 чел. (детальная профессия не была указана).

Кирпичники 1 ч.	Металлисты 1 ч.	Крестьяне 4 ч.
Маляры 1 „	столяры 4 „	учителя 1 „
Сторожа 1 „	сапожники 1 „	служащ. 1 „
Чернораб. 5 „	портные 1 „	инвалид. 1 „

Главный интерес этого вопроса заключается в том, чтобы выяснить, имеется ли как бы наследственное предрасположение известного рода профессии. Главная работа в профтехшколе столярная, следовательно, можно было бы ожидать большее количество столяров средь родителей, по ответам же их всего четыре.

На докладе моем о результатах анкет я заинтересовался вопросом этим и предложил мне перечислить, сколько действительно столяров имеется среди родителей. Оказалось, что их около 13 человек. Ошибка же об'ясняется тем, что в графу „рабочие вообще“ попали и столяры. Следовательно, мы можем считать, что 30 проц. учеников берутся за профессии своих родителей, остальные же в семье своей с этой профессией не знакомы. Таким образом, говорить о наследственном переходе профессии приходится с большой осторожностью.

Образование отца.

Малограмотных—12 ч., низшее образование—11 ч. безграмотных—7 ч., со средним образованием—6 ч., еврейской грамоты—2 ч., самоучка—1 и домашнего образования—4 ч.

Образование матери.

Безграмотных—25 ч., еврейской грамоты—3 ч., с низшим—11 ч., домашним образованием—1, малограмотн.—1.

Следовательно, как видно, ни образование отца, ни в особенности образование матери, не давало нам права говорить о влиянии родителей на умственное образование детей. В особенности, это важно в отношении матерей, так как их влияние, при постоянной работе отцов вне дома, могло бы иметь особенное значение для развития детей.

Имущественное положение.

Имеют собственные домики—7 чел., никакого имущества не имеют—36 чел.

Где воспитывался.

Улица и хейдер, как школу воспитания, указывает 18 чел., самостоятельно—4 чел., в коммуне—3 чел., воспитание матери—8 ч., воспитание в семье—6 чел., деревни—1 чел.

Следовательно, только 33 проц. всех учащихся получили некоторое домашнее воспитание, остальные, повидимому, воспитывались просто на улице, дичками. Никакого влияния семьи на их воспитание совершенно не было.

Образование.

5 классов семилетки—3 чел., полная семилетка—4 ч., хейдер—4 ч., низшую школу—4 чел. и 28 человек—неопределенные обрывки школьного образования, кто одну группу, кто две группы полной или неполной семилетки.

Начало обучения.

Самый ранний возраст, как начало обучения, отмечается в пять лет и 13 лет, как самый поздний возраст. В среднем начинают учиться в 7 лет.

Где учились.

Дома—2 ч., у учителей—4 ч., остальные в школах.

Школа.

Учились в государственной школе—30 ч., приходской—3 ч., талмуд-тора—6 ч. и вовсе не ходило в школу—2 чел.

Успешность.

Отлично учился—1 ч., хорошо—21 ч., плохо—3 ч., удовлетворительно—2 ч., средне—14 ч. (с опозданием кончили школы—8 челов.).

Нужно принять во внимание, что эти данные получены по отзывам самих учеников; к ним, конечно, следует отнестись с осторожностью; во всяком случае, ответы эти не далеки от истины, судя по успехам учеников в настоящий момент в профтехшколах.

Что читают.

Без разбора—14 чел., вовсе не читают—1 ч. беллетристику—3 ч. политическую литературу—20 ч., газеты—4 ч., романы—1 ч.

Так как этот вопрос предполагает такие ответы, которые бы указывали предпочтительную склонность к тому или иному виду литературы, то я решил детализировать эти ответы, в виду важности их для нашего времени и получил следующий результат.

Газеты.

Вовсе не читают—2 ч., мало—4 ч., читают аккуратно—37 чел. Главным образом, следующие газеты: „Рабочую газету"—12 ч. „Правду"—12 ч. местную газету—25 чел., а остальные—разные газеты. Следовательно, как видно 45 проц. учащейся молодежи не удовлетворяются местной газетой, но читают и столичную газету. Повидимому, есть интерес не только сенсационный, но и желание осмыслить совершающиеся события, понять как следует все, что делается в мире в настоящий момент.

Беллетристика.

Читают мало—9 ч., вовсе не читают 2 ч., интересуются—34 ч., т. е. 85 проц. По характеру читаемого отмечается так: любимый автор Тургенев—1, Анатоль Франс—1, Синклэр—9, Горький—4, Сенкевич—1, Пушкин—1, Гюго—4, Лермонтов—1, Маяковский—1, Жюль-Верн—1, Никитин—1 и Некрасов—1.

Для полноты картины, укажу авторов политических, на которых ученики указывают, как на любимых авторов: Ленин—3, Сафронов—1, Бухарин—1, Маркс—1, Зиновьев—3, Калинин—1.

Выбор авторов указывает на то, что вкусы современной молодежи, не имевшей возможности культивировать свой литературный вкус в семье или в товарищеской среде, гораздо выше, чем у молодежи ближайшего прошлого дореволюционного периода. Если даже отбросить время общего упадка после 1905-го года, когда молодежь увлекалась Пинкертоном и Шерлоком Холмсом, если взять период до 1905 года или период 1913-14 г., то нужно признать, что вкусы литературные у нашей пролетарской молодежи ничуть не ниже, если не выше, чем у последних. Лучше всего это характеризуют ответы на вопрос анкеты о любимых литературных произведениях. Ответы следующие: „Рыцарь слова и жизни", „Жан Кристов", „Карьера подпольщика", „1893 год", „Отверженные", „Осужденные на смерть", „100 проц.", „Утро", „Мать". Возможно, что некоторое значение имеет и подбор литературы, издаваемой Госиздатом с большим выбором.

Молодежь и искусство.

На вопрос, какие зрелища предпочитают, ответы получились такие: Кинематограф—18 чел., театр—9 чел., цирк—1 чел., клуб—2 чел.; остальные 13 чел. определенных ответов не дают. На вопрос же о посещаемости оказалось так: что кинематограф посещают—30 чел., а театр—24 чел., причем предпочитают ходить на драмы—18 чел., комедии—17 чел., революционные же пьесы охотно посещают—36 чел., таким образом, молодежь наша пользуется в два раза чаще кинематографом, чем театром, а в выборе пьес предпочитают пьесы революционного содержания. Весьма возможно, что кинематограф не только охотнее посещают потому что интересней, но и по той простой причине, что доступнее материально.

Чем больше всего интересуются?

Музыкой—3 чел., политикой—8 чел., столярным ремеслом—17 чел., рисованием—2 чел., природоведением—4 чел., обществоведением—8 чел., математикой—1 чел. На вопрос, какие темы и лекции интересуют молодежь, интересы оказались разнообразные: путешествиями—1 чел., по географии—4 чел., по механике—5 чел., по авиации—2 чел., по искусству—3 чел., на политические темы—7 чел., на религиозные—1 чел., на медицинские—7 чел., по электричеству—1 чел., по биологии—2 ч., по обществоведению—4 чел., остальные дали неопределенные ответы.

Половой вопрос.

Особенно осторожно пришлось подойти к половому вопросу. На предварительной лекции я им раз'яснил значение и серьезность этого вопроса и как результаты, я имел вполне удовлетворительный ответ на эти вопросы. После моего доклада о результатах анкеты учеников я прочитал им специальную лекцию о половом вопросе и об онанизме.

Начало полового влечения, которое очень часто вполне отчетливо отмечается и почти точно датируется, нашло правильный отклик в ответе на заданный вопрос. Как самый ранний срок, начало полового влечения—указан один возраст в 6 лет, двое ответило, что и до сих пор у них не отмечается полового влечения. Средняя же цифра при трех воздержавшихся от ответа, получается 14 лет. Таким образом, указанная анкета определенно отмечает, что начало полового влечения у опрошенной молодежи приурочивается к 14 лет, т. е. сроку вполне нормальному.

Онанизмом как оказывается, занимались—9 чел., т. е. 22 проц., причем один занимался онанизмом с 10 лет, другой с 16 лет, продолжительность, как максимум—9 лет, как минимум $^1/_2$ года. Что всего интереснее, 8 из них уже сами прекратили онанизм, так как осознали его вред, как они отмечают в анкете, а один определенно указывает, что он прекратил онанизм после лекции об онанизме, 22 проц. онанизирующих—процент колоссальный; но почти полное прекращение его с указанием, что причиной этого является осознание вреда онанизма—лучшее и нагляднейшее в цифрах доказательство пользы просвещения вообще и санитарного в частности.

Половые сношения в настоящий момент имеют 23 из 43, т. е. 53 проц., причем начали половые сношения, как самый ранний срок в 10 лет, как самый поздний в 19 лет., в среднем же с 15 лет.

Таким образом, принимая во внимание, что при среднем возрасте в 16 лет, 53 проц. молодежи указанной профтехшколы еще не вступило в половые сношения, что онанизм почти целиком самостоятельно прекращен, нужно сказать, что весь шум, поднятый по поводу половой распущенности молодежи, едва ль оправдывается. Нужно думать, что в значительной степени наше представление об этом увеличено.

Во всяком случае, в наше время, молодежь была нисколько не сдержаннее, если не более распущена, чем современная молодежь. На вопрос, что их побудило вступить в половые сношения, все ответы, что это было случайно. Только один отмечает—по любви.

Проституция и венерические болезни отрицают все. Путем личных бесед с наиболее сознательными и хорошо знающими своих товарищей учениками, я вынес впечатление, что, в общем, (не без исключений) это соответствует действительности. Пролетарской молодежи недоступна проститутка, помимо прочего, и по материальным соображениям. Наконец, мы знаем, что первое знакомство с проституткой почти всегда происходит в пьяном угаре, между тем, никто из этой молодежи не пьет, а в трезвом состоянии он к проститутке не пойдет. Таким образом, я полагаю, что пролетарская молодежь проституции в своем огромном большинстве не знает, если судить по этому маленькому, правда, примеру. Отсюда ясно, почему не отмечается у них и венерических болезней, т. к. там, где нет проституции, там нет и венерических болезней.

Нагрузка.

Вопрос о нагрузке также неоднократно обсуждался и дебатировался в периодической печати и литературе. Лозунг дня—молодежь перегружена: занятия, собрания, заседания, кружки, лекции и т. д. Я обратил и на этот вопрос серьезное внимание учащихся профтехшколы и просил точного ответа. К сожалению, вопрос этот оказался им не под силу. Они не могли, повидимому, установить обычный типовой распорядок дня, последние так рознятся в смысле количества и качества нагрузки, что вывести типовой распорядок действительно трудно. Данные анкеты мне пришлось пополнить личными опросами и беседами с наиболее сознательными и знающими быт своих товарищей учениками и, таким образом, добиться близких к действительности результатов. Вот полученные результаты:

Встают—в 7 час. утра. Рабочий день—8 часов. Дома без определенных занятий—2 часа. Чтение—1 час (считая и газету), клуб, кружки, собрания и т. д.—3 часа, гулянье—2 час., сон—8 час.

Питание.

Вывести среднюю норму питания для учащихся указанной профтехшколы оказалось совершенно невозможным. С одной стороны, благодаря тому, что ни один из ответов в этом смысле не оказался удовлетворительным, а, во-вторых, из-за действительного разнообразия в этом смысле. Большинство живет у родителей и питание зависит от заработка родителей. Живущие в коллективах получают питание данного коллектива, одинокие питаются как удастся, одним словом, тут среднюю норму выработать трудно. Во всяком случае—жиров и сахара получают все в минимальных дозах.

Здоровье.

На этот вопрос предложено было ответить на основании личного самочувствия или определения врачей, к которым они когда бы то ни было обращались. Оказалось, что только 22 чувствуют себя здоровыми. Остальные страдают: сердцебиением—2, общей слабостью—6, малокровием по определению врачей—11, неврозами—2. Цифры весьма неутешительные, 50 проц. жалуются на нездоровье, и в этом возрасте, когда вообще не любят жаловаться на что бы ни было. После вышеуказанного об их воспитании, условиях их жизни и характере, их питания—эти цифры не покажутся не преувеличенными или необ'яснимыми.

Спорт.

Спортом учащиеся занимаются охотно, но не систематически. Даже те, которые называют свои занятия систематическими, занимаются 2-3 раза в неделю под руководством инструктора.

Не занимаются спортом всего 7 чел., остальные 31 чел. ответили утвердительно, причем 16 занимаются систематически, случайно—18.

Это был мой первый опыт проведения системы среди молодежи. Я не могу его назвать очень удачным, недочеты будут мною учтены и использованы для проведения подобного рода обследований в будущем. Во всяком случае, некоторые данные мне кажутся очень интересными и некоторые выводы, в общей сумме выводов других подобных работ, могут нам дать возможность, при суждениях о нашей молодежи, опираться на точные цифровые данные.

Наш опыт децентрализации антирабических прививок.

(Из Белорусского Пастеровского Института. Директор Института проф. Б. Я. Эльберт).

Проф. Б. ЭЛЬБЕРТ, д-р Б. ИОВЕЛЕВ и д-р И. СУТИН.

Несомненно, в последнее время одним из наиболее волнующих вопросов в постановке дела антирабических прививок является организация приближения лечебной помощи к укушенным бешеными животными. Этот вопрос имеет первостепенное значение по целому ряду причин, одни из которых чрезвычайно важны из экономических соображений, другие связаны с моментом, где дело идет часто о жизни и смерти укушенного, нуждающегося в быстрой лечебно-профилактической помощи.

Соображения эпидемиологического и социального характера вызвали необходимость концентрации антирабического дела в руках государственных организаций, и до настоящего времени во всех странах пастеровские прививки производятся в крупных институтах или в специальных для этой цели устроенных пастеровских станциях, причем количество таких учреждений, оказывающих помощь укушенным в большинстве стран с каждым годом возрастает.

Это расширение сети пастеровских станций, в виде организации новых самостоятельных пунктов, которые приготовляют прививочный материал, тем самым уже является формой приближения антирабического дела к населению, но, конечно, формой еще не вполне достаточной, дабы разрешить окончательно вопросы экономии личной, экономии государственной и, что вернее всего, жизненную индикацию.

С того времени как Roux [1]) своими опытами над сохраняемостью пассажного вируса бешенства в глицерине разрешил вопрос о консервировании яда бешенства, Calmette [2]) вывел практическое заключение и дал весьма удобный способ, имеющий первостепенное значение в работе небольших пастеровских станций. Этот способ Calmett'a, как известно, заключается в том, что кусочки спинного мозга, высушенные по способу Pasteur'a в течение определенного числа дней, кладутся в стерильный глицерин и сохраняются в глицерине до того момента, пока не понадобятся. Таким образом, из спинного мозга нескольких кроликов, погибших от пассажного бешенства, можно заготовить впрок все необходимые серии, начиная от сушки мозга более продолжительной, до сушки однодневной. Эти кусочки сохраняют свою исходную силу и, таким образом, легко разрешается вопрос на небольших пастеровских станциях, с ограниченным числом больных. Метод Calmett'a (1893 г.) применялся на некоторых пастеровских

---

[1]) Roux. Annalas de l'Institut Pasteur 1887 г. 1,87.
[2]) „ „ „ „ „ 1891 г. 5,633.

станциях, в течение продолжительного времени—в Лиле и Гельсингфорсе; особенно рекомендовал этот способ Murillo в Испании [1]), затем Bujwid [2]) (1919 г.) рекомендует применять метод Calmett'a таким образом, что приготовляется совсем готовая глицериновая эмульсия из кусочков мозга различной сушки.

Наконец, в основу некоторых антирабических вакцин, приготовляемых в последнее время в Америке и Японии, (Oshida) [3]) положен также принцип Calmett'a.

Как будет указано ниже, и наш метод приготовления вакцины в основе зиждется на том же принципе.

Имея столь большие удобства, этот метод Calmett'a обладает и некоторыми недостатками, выражающимися, напр. в том, что при долгом сохранении в глицерине, кусочки мозга сильно обезвоживаются и сморщиваются, что вызывает затруднение при обычном растирании для приготовления антирабической эмульсии. Кроме того, имеется большое число наблюдений, которые указывают на ослабевание вируса при продолжительном хранении в глицерине, иногда до полной его потери. Здесь имеет, конечно, огромное значение и качество глицерина, в котором сохраняется мозг. Все же этот метод Calmett'a имеет чрезвычайные удобства, и при аккуратном выполнении может быть положен в основу работы тех институтов и пастеровских станций, которые не отступают от основных принципов сушки по Пастеру. Эмульсирование мозга, сохраняемого в глицерине, практикуется также и там, где принят диллюционный метод Högyes'a. Таким образом, принцип Calmett'a являлся методом, дающим значительную материальную экономию уже существующим специальным, хотя и небольшим, пастеровским станциям. И вот, в самое последнее время, он был применен Kraus'ом, который проделал опыт действительного приближения антирабических прививок к населению. Соображения экономии, о которых уже мы выше несколько раз упоминали, встают во весь рост перед всяким, кто вспомнит, что антирабические прививки для больного связаны с временем, обычно от 2 до 3-4 недель, часто еще больше, если принять во внимание и дни, потраченные на переезды, время, которое ложится тяжелым бременем на пациентов, отрывающихся от своих обязанностей, пациентов, по большей части, из деревень и малоимущих. Мы не должны еще забыть того обстоятельства, что с того момента, как больной является для предохранительного курса лечения, он, иногда частично, иногда целиком (Россия, Австрия) переходит на содержание государства, находясь в больницах или специальных общежитиях для приюта укушенных. В русских условиях эти моменты имеют такое значение, которое лишь тогда может быть учтено и понято, когда видишь цифры в 500 и 600 пациентов в день, как это, напр. имеет место в Москве. Из этого числа почти половина получает полное содержание, т. е. госпитализируется, а многие не живут в общежитиях только потому, что общежитие не может вместить всех прибывающих. Цифра в 150-200 укушенных на ежедневном приеме составляет обычную картину большинства наших пастеровских станций. Эти цифры весьма поучительны. *Они сами уже выдвигают на первый план вопрос о децентрализации антирабического дела, но эти цифры еще не выражают всего числа укушенных. Количество остающихся без превентивного лечения у нас еще весьма значительно и тому есть много причин.*

---

1) Murillo. Ztbl f. Bact. Bd 62,606.
2) Bujwid. Wiadomości wet. 1924 г. str 177.
3) Oshida. Zts. f. Im.—1911 г. 273.

Основной причиной является довольно сильно распространенное у нас знахарство, и в забытых углах нашей страны еще лечат укусы „заговоренным хлебом“ и другими „специфическими“ средствами. Немаловажное значение имеет и слабо развитая сеть железных дорог. От некоторых заброшенных деревень до станции железной дороги приходится ехать несколько десятков, иногда до 90-100 верст, часто по плохой дороге. Наконец, боязнь оставить на продолжительное время свое хозяйство, особенно в летнюю пору, в страду полевых работ,—все эти факторы, вместе взятые, являются причиной неявки укушенных на далекие пастеровские станции, что может иметь катастрофические последствия, или же явки на 2-й, 3-й и 4-й неделе, когда предсказание значительно хуже, чем в тех случаях, когда прививки начаты в срок.

Если соображения экономического характера и сами по себе могут быть решающими в вопросе о наилучшей форме приближения антирабических прививок к населению, то всем известные моменты зависимости успеха лечения от времени явки на пастеровские станции и факты неприбытия укушенных вообще, из моральных побуждений, заставляют нас принять и ввести в обычную и повседневную практику тот способ, который смог бы наиболее совершенным образом удовлеторить наш принцип лечебной помощи. Мы должны лечебную помощь продвинуть настолько глубоко, чтобы в сферу действия пастеровского пункта могли войти все те, кто нуждается в антирабических прививках.

Во всем этом вопросе единственно довлеющим моментом является возможность организации, и, конечно, совершенной организации, дабы не пострадало стройное здание антирабического дела. В продуманной, строго проводимой, организации рассылки вируса на места и правильно проводимой на местах лечебно-превентивной помощи,— путь для разрешения того вопроса, который, особенно для России, имеет огромное значение.

Значение факта рассылок антирабической вакцины в далекие места страны несомненно еще и в том отношении, что, как показал наш опыт, усиливается там на местах борьба с бродячими собаками, и местная городская и сельская администрация начинает принимать меры профилактического характера в деле регистрации и уничтожения бродячих собак. Так, напр. с момента открытия постеровского пункта в одном из городов Белоруссии, приняты были там меры, приведшие к значительному уменьшению бродячих животных. Пастеровские пункты, таким образом, являются пропагандистами разумных профилактических мероприятий.

Все эти соображения настойчиво выдвигают принцип децентрализации дела помощи укушенным и передаче его периферии. Kraus считает, что все недостатки пастеровского дела, о которых мы говорим, могут быть устранены только тогда, когда прививки не будут связаны с Институтом. А к этому, как он говорит, нет никаких препятствий, так как прививки могут быть произведены каждым врачем, им легко может быть усвоена совсем несложная практика назначения и проведения курса лечения.

Метод, который применял Kraus в Аргентине, заключался в том, что заготовлялись серии кусочков спинного мозга, различной давности сушки, и, запаянные в пробирках со стерильным глицерином, высылались по требованию на места, где была необходимость в этом. Кусочек мозга определенной и одинаковой величины на месте вынимается из глицерина, растирается в 4 к. с. стер. физиологического раствора

и вспрыскивается. Весь курс состоит из 16 прививок мозга дней, следующей сушки:

7, 6, 5, 5, 4, 4, 4, 3, 3, 3, 3, 2, 2, 2, 2, 2.

Kraus начал рассылку кусочков мозга в глицерине в 1914-ом году, когда им было отправлено 39 курсов, и с каждым годом увеличивал рассылку, что видно из таблицы, суммирующей отдельные цифры, приведенные им:

В 1914 году . . .	39 курсов.
„ 1915 „	44 „
„ 1916 „	49 „
„ 1917 „ . . .	101 „
„ 1918 „ . . .	100 „
„ 1919 „ . . .	198 „
„ 1920 „ . . .	273 „

Взяв в основу принцип Calmett'а, Kraus в начале пытался приготовить уже готовую вакцину в виде эмульсии, дабы облегчить работу врача, производящего прививки, но должен был отказаться от готовой эмульсии, так как ему не удавалось получить такую вакцину, которая оставалась бы стерильной уже через несколько дней, а прибавление дезинфецирующего средства для консервирования вакцины ослаблял вирулентность последней.

Продолжая краткое описание истории развития этого весьма важного вопроса, необходимо указать на работу Vansteenberghe, [1]) (1903 г.) который доказал сохраняемость вируса пассажного бешенства в порошке, полученном от высушивания мозга над серной кислотой. Эти данные получили применение в методике Härris [2]), приготовлявшей порошкообразную вакцину, которая при—10° долгое время сохраняет вирулентность; перед употреблением ее необходимо растворить, и в разведенном виде эта вакцина очень скоро теряет свою силу. Затем—способ приготовления чрезвычайно сложен.

Несомненно способ Calmett-Kraus'а не может быть признан достаточно удобным, так как растирание кусочков мозга требует и опыта и соответствующей лабораторной обстановки, и он интересен только как опыт, ибо более правильным является рассылка уже готовой вакцины или же жидкой [3]) штамм-вакцины, из которой после разведения физиологическим раствором NaCl получается прививной материал.

По пути приготовления почти готовой жидкой вакцины пошел Mc. Ilvaine—Philipps, который наполняет ампулу эмульсией головного мозга в глицерине, сохраняемой при отсутствии доступа кислорода [4]).

Для обезвоживания глицериновой эмульсии в ампуле служит пирогалловая кислота с едкой щелочью. На месте употребления эмульсия разводится физиологическим раствором поваренной соли. До 1922 года Phillipps пользовал по указанному способу 1540 человек, причем только в одном случае отмечается гибель укушенного в течение первых 14-ти дней после окончания лечения.

Коховский Институт в Берлине с 1924-го года готовит как для рассылки, так и для прививок укушенных, которые лечатся в самом

[1]) Vansteenberghe C.R.Soc.Biol.1903 стр.1646.
[2]) Цитировано по Karlowski. Med. Sp.i dosw. 1925 г. T.IV.
[3]) Мы считаем, что наиболее совершенный тип прививочного метериала есть вакцина жидкая, а не порошкообразная. Должно быть ограничено применение всяких препаратов—вакцин и сывороток в виде порошков, так как с растворением их связан целый ряд неудобств (Mc. Coy, цит. по Karlowski).
[4]) Mc. Ilvaine Philipps. The journal of Jmmuology. Baltimore 1922 г. № 5.

институте, вакцину по следующему методу [1]). Стерильно вынутый головной мозг кролика кладется в стерильную банку с притертой пробкой со стеклянными бусами, встряхивается втечение нескольких минут; затем в банку приливается несколько куб. с. стерильного глицерина и встряхивание продолжается пока все вещество мозга не будет размельчено до степени очень тонкой эмульсии.

Эмульсия переливается в другую посуду и разводится глицерином из такого расчета, что на 1 гр. мозгового вещества приходится 9 куб. см. глицерина (Bé 31°, уд. в. 1,26). Глицериновая мозговая эмульсия разливается во флаконы, емкостью в 10 куб. см. до верху и пузырьки закрываются корковой пробкой, после чего ставятся на ледник. После проверки на стерильность, эмульсия мозга считается годной к отпуску. Перед употреблением эта штамм-эмульсия разводится физиологическим раствором поваренной соли еще в 25 раз. Таким образом, мозговое вещество всего разведено в 250 раз и в 1 грамме готовой взвеси заключается 4 мг. мозга. Прививки начинаются с $^1/_4$ куб. с, что содержит 1 мг. вещества головного мозга и продолжаются в течение 20 дней. Случаи сомнительные лечатся 14 дней. Ниже представлена дозировка пастеровского отделения Коховского Института.

Схема прививок Берлинского Института (с 1924 года)

1	день—0,25	куб. см.	развед.	1:250-1	мг.
2 „	0,5	„	„	„ 2	„
3 „	0,75	„	„	„ 3	„
4 „	0,75	„	„	„ 3	„
5 „	1,25	„	„	„ 5	„
6 „	1,25	„	„	„ 5	„
7 „	2,0	„	„	„ 8	„
8 „	0,75	„	„	„ 3	„
9 „	0,75	„	„	„ 3	„
10 „	0,75	„	„	„ 3	„
11 „	1,25	„	„	„ 5	„
12 „	1,25	„	„	„ 5	„
13 „	1,25	„	„	„ 5	„
14 „	2,0	„	„	„ 8	„
15 „	0,75	„	„	„ 3	„
16 „	0,75	„	„	„ 3	„
17 „	1,25	„	„	„ 5	„
18 „	1,25	„	„	„ 5	„
19 „	1,25	„	„	„ 5	„
20 „	2,5	„	„	„ 10	„

Для рассылки за пределы Берлина пользуются той же штамм-эмульсией=1:10, которая на месте разводится обычным образом еще в 25 раз.

Вначале такая штамм-вакцина отправлялась только в Гамбург, где в Бамберковской больнице был открыт прием для укушенных. В настоящее время Коховским Институтом прививной материал отправляется еще в другие города, а именно: Нюренберг, Мюнхен, Аугсбург, Вюрцбург, Фрейбург, Баден, Мангейм, Росток, Франкфурт и Дрезден.

---

[1]) С методикой Коховского Института, которая пока еще самим Институтом не опубликована, специально ознакомился в Берлине один из нас (проф. Эльберт) во время научной командировки за границу. (См. также: Дубровинский. „Гигиена-эпидемиология“ 1925 г.).

В Италии широкое распространение получил медод Fermi,[1]) который в Пастеровском Институте в Сассари приготовляет 5% эмульсию virus fixe в 1% растворе карболовой кислоты на физиологическом растворе поваренной соли. Эта вакцина содержит живой вирус в течение 6-7, дней, после чего становится невирулентной для лабораторных животных; вакцина, кроме того, благодаря карболовой кислоте, свободна от всяких микробов. Fermi сообщает, что за последние 10 лет он имел при своем методе лечения 0 процента смертности. По методу Fermi рассылает вакцину Пастеровская станция во Владивостоке в Одессе.

История пастеровских прививок прошла в борьбе за более интенсивную методику. От старой классической схемы Пастера, от сушки в течение 14 дней, постепенно перешли к мозгам непродолжительной сушки, содержащим живой и малоослабленный вирус бешенства. Однако мы можем отметить, что в настоящее время взгляды многих исследователей склоняются к применению убитого вируса.

Наибольшее распространение получил метод D. Semple[2]) применяемый в Индии и английских колониях. До 1920 года по этому способу привито около 50000 человек и результаты, полученные у европейцев, живших в Индии, не худшие, чем таковые, которые получены в Пастеровском Ин-те в Париже. Из 47,000 укушенных и леченных по методу Semple было 7616 европейцев; из этого числа погибло от бешенства, несмотря на прививки, 31 человек, что дает 0,4% смертности. Среди индусов % смертности значительно выше. В Пастеровском Институте в Париже по методу классическому лечилось 39,721 человек со смертностью 0,39%. Метод Semple в общем сводится к следующему: приготовляется 8% эмульсия из головного+спинной мозг кролика на 1% корболовой кислоте в растворе физиологического раствора NaCl. Эмульсия фильтруется через марлю и ставится на сутки в термостат при 37°-38° C, после чего разводится пополам физиологическим раствором поваренной соли. Таким образом получается 4% эмульсия, на физиологическом растворе NaCl, содержащим 1/2% корбол. кислоты. Количество вакцины от 48 до 86 куб. см., в зависимости от времени начала прививок. В России этот метод применяется в Уфе Крыжановским. Затем Василевский в Харбине располагает небольшим материалом лечения по данному способу (цитировано по Karlowski). Варшавский Иститут (д-р Карловский), несколько видоизменил дозировку Semple, применяя для рассылки вакцины[3]) 5% эмульсию—по 2,0 ежедневно в течение 20 дней, независимо от времени и тяжести укуса. Материал Варшавского Института также небольшой—всего 400 случаев.

Рассылка штамм-вакцин по способу, который применяется Phillips'ом или Коховским Институтом, возможна лишь тогда, когда основным методом профилактического пользования укушенных является дилюционный способ, впервые введенный Högyes'ом. Метод разведений Högyes'a, принятый во многих Институтах Европы и Америки, таким образом являлся базисом, на котором возможно построить широкую сеть пастеровских пунктов. За Центральными Институтами, таким образом остаются функции инструктирования врачей, ведущих прививки на местах, контроль работы периферических отделов и отчетность.

---

[1]) Fermi. Zfb. f. Bakter. Vd. 44, 46, 52, Затем: Jmetodi Fermi di naccinatione etc. 1924 Milano.

[2]) Semple, „On the Nature of Rabies and Antirabic Treatment" London 1919 r. Semple Ztb. t. Bakt. Bd 51. Refer str 409.

[3]) В стенах Варшавского Ин-та прививки производятся по усиленному методу Пастера.

II

Теперь мы перейдем к тому способу приближения антирабических прививок к населению, который применяется в Пастеровском Институте Белоруссии.

Мы стали на этот путь, исходя из тех соображений, которые нами уже выше изложены. Мы тем скорее должны были провести это у себя, что вышеизложенные моменты у нас в Белоруссии особенно резко выражены. Значительный процент укушенных—это крестьяне из самых глухих деревень Белоруссии, часть коих не лечится, остается дома и погибает от бешенства [1]). Кроме того, огромное скопление больных в Минске ложилось тяжелым бременем на скромные средства Института. Мы стали на путь децентрилизации еще тем легче, что у нас был большой опыт в течении более 3-х лет работы по дилюционному методу. [2])

По этому методу, до момента организации пунктов для прививок на местах, лечилось в Пастеровском Институте 2.500 человек, при чем смертность отмечена только в 4-х случаях, давая общую смертность 0,16 проц., а редуцированную—0.

Вопрос о приближении антирабических прививок к населению возник в России в 1924-ом году, когда Грязнов в Ростове стал рассылать в Таганрог кусочки мозга по способу Calmett—Kraus'a; затем в 1925 году нами был проделан опыт рассылки глицериновой штамм-вакцины с изменениями, отличающимися от Берлинской методики в том отношении, что вместо головного мозга мы приготовляем эмульсию из спинного мозга.

Стерильно вынутый спинной мозг кролика, обескровленного за несколько часов до гибели, растирался в цилиндре стеклянной палочкой до равномерной эмульсии и разводился глицерином 1:10. Эта, так называемая, штамм-вакцина разливалась в ампулки, емкостью в 1 куб. и 3 куб. см. Вместе с антирабической эмульсией в специальных деревянных ящиках отправлялось равное число флаконов со стерильным раствором поваренной соли, каждый флакон об'емом в 20 раз больше количества эмульсии. Это мы делали для того, чтобы с самого начала дать врачам наших пунктов наиболее простой способ и не усложнять техники прививок необходимостью заготовления самим врачем стерильного раствора повареной соли. Кроме того, наш способ давал возможность продвижения вакцины в такие места, где манипуляция с заготовлением стерильных бокалов, стерильного физиологического раствора и др. могла оказаться невыполнимой. Посылки с прививочным материалом отправлялись регулярно по почте (1 раз в 1-2 недели) и обычно получались адресатами на 2-3-й день, самое позднее через 3-4 дня.

Благодаря такому аккуратному снабжению пунктов прививочным материалом, перебоев в работе почти нигде не замечалось.

При организации нашего дела мы стояли перед дилеммой: ограничиться ли теми городами, в которых имеются бактериологические лаборатории, или же производство пастеровских прививок передать больницам; и опять таки, из соображений наибольшего продвижения прививочного материала вглубь страны, мы остановились на второй возможности, считая, что по применяемому нами методу прививок, последние перестают быть функцией лабораторий, а становятся способом, ничем не отличающимся от других методов лечебно-профилак-

---

[1]) См. нашу статью: „К эпидемиологии и профилактике бешенства в Белоруссии" „Белорусская Медиц. Мысль" №№ 6-9

[2]) Подробности о методике см. статьи тех же авторов: в „Белорусской медицинской Мысли" № 1 № 6-9 и в трудах 8-го и 9-го всесоюзных с'ездов бактериологов. (Ленинград 1924, Москва 1925).

тической помощи, как напр. лечение сыворотками и вакцинами целого ряда других инфекционных болезней. Ознакомление же с принципами пастеровских прививок дается образованному больничному врачу совершенно легко, и мы на опыте, рассматривая истории болезней, которые возвращаются нам врачами наших пунктов, могли убедиться, что и правила назначения лечения и дозировка безусловно ими усвоены.

В настоящее время, предполагая перейти к упрощению пастеровских прививок ввиде только 2-х схем для 1) случаев сомнительных и 2) случаев укусов бешеными животными, мы не имеем никаких аргументов против такой постановки дела, которая требует только продуманной и строго проводимой организации.

Нами открыты после специального инструктирования больничных врачей, отделения в 26 местах, большею частью при больницах, реже при амбулаториях. Пункты эти следующие:

I. Могилевский округ.

1. гор. Могилев—при б-це
2. „ Быхов „ „
3. „ Шклов „ „
4. „ Белыничи „ „
5. „ Чаусы „ „

II. Оршанский округ.

города: 6. Орша—при амбулатории
7. Горки „ больнице
м-ки: 8. Круглое „ „
9. Дубровое „
10. Толочино при амбулатории

III. Калининский округ.

11. Климовичи при амбулатории
12. Мстиславль „ больнице
13. Чериков „ „

IV. Борисовский округ.

14. Борисов при больнице
15. Лепель „ „
16. Черея „ „
17. Березино „ „

V. Бобруйский округ.

18. Бобруйск при амбулатории
19. Рогачев „ больнице
20. Жлобин „ „
21. Свислочь „ „

VI. Мозырский округ.

22. Мозырь при амбулатории
23. Петриков „ больнице
24. Ельск „ амбулатории

VII. Слуцкий округ.

25. Слуцк при амбулатории
26. Копыль „ больнице
27. Старые-Дороги при больнице

В настоящее время нами получены сведения и материалы от нижеследующих пунктов.

	МЕСТО	Количество привитых в				
		Мае	Июне	Июле	Августе	Сентябре
1	Могилев . . .	121	103	81	62	24 (неполн. свед.)
2	Быхов	8	22	24	—	—
3	Шклов . . .	8	10	27	—	—
4	Чаусы . . .	—	8	20	10	3
5	Белыничи . . .	7	22	9	—	—
6	Орша	47	82	55	—	—
7	Горки	—	23	35	—	—
8	Толочино . . .	—	8	14	—	—
9	Дубровноe . .	—	—	2	1	2
10	Круглое . . .	—	—	5	—	—
11	Мстиславль . .	—	—	2	—	—
12	Чериков . . .	—	—	12	—	—
13	Бобруйск . .	—	—	23	—	—
14	Рогачев . . .	—	—	1	—	—
15	Борисов . . .	—	—	27	—	—
16	Черея	—	—	14	2	—
17	Мозырь . . .	-	—	—	23	4

Всего сведений на 964 привитых.

За это время по Центральному пастеровскому отделению в Минске прошло 569 больных, которые прививались такой же вакциной, какая рассылалась на места. В ближайшее время эти данные будут дополнены цифрами из тех пунктов, которые начали функционировать позже и не представили еще своих отчетных материалов.

Таким образом по указанному методу пользовалось прививками всего 1.533 человека. По характеру укусов имели укусы:

Верхних конечностей	722	человека
Нижних „	483	„
Туловище	64	„
Лица и головы	83	„
Ослюнение	181	„

По характеру кусавшего животного—укусы нанесли:

Собаки . .	1210	Человек . .	24
Кошки . . .	145	Волк . . .	6
Коровы . .	80	Крысы . .	13
Лошади . .	25	Овцы . . .	2
Свиньи . .	27	Гусь (?) . .	1

Чрезвычайно важно отметить тот факт, что ни разу не наблюдалось никаких осложнений, а также абсцессов. Таким образом прививочный материал оставался стерильным все время, и на месте прививки производились согласно всех правил асептики со всей необходимой предосторожностью.

Что бросается в глаза при рассмотрении этого материала? В настоящем месте мы еще не имеем возможности представить исчерпывающие сведения, но совершенно ясно, что мы достигли следующих результатов:

1. Значительно увеличилось число прививающихся. Так, Могилевский округ дал цифру, превосходящую почти в 2 раза среднюю цифру пациентов за предыдущие месяцы[1]). В Оршанском округе это выражено в еще большей степени. Таким образом первая задача—увеличить число посещаемости среди укушенных—нами достигнута. А с этим связано и немалое число спасенных людей.

2. Больные являются на пункты обычно на 1-й, 2 й, 3-й день, в то время, как прежняя наша статистика давала 32 процента явки в Институт на 2-й и 3-й неделе. Таким образом улучшается прогноз, ибо каждый потерянный день может стоить жизни больному.

3. Достигнута значительная экономия средств, как государства, так и больных. Большинство из них, находясь влизи прививочного пункта, не отрываются от своих работ.

4. Начата на местах профилактическая борьба с распространителями бешенства—собаками.

В одном случае отмечена смерть укушенного спустя 7 дней после окончания лечения.

Вот вкратце его история болезни:

Мальчик 7 лет Х. (история болезни № 1. г. Бобруйск) был укушен собакой в обе кисти рук. Проделал курс в 20 дней. Через несколько дней после окончания лечения выкупался в реке, после чего заболел. Высокая t°. кашель, затем присоединились явления гидрофобии. Диагноз: воспаление легких и бешенство. Умер спустя 7 дней по окончании лечения. Возможно, в данном случае причинным моментом и, по крайней мере, предрасполагающим моментом явилась простуда (pneumonia). каковая причина играет исключительную роль в нарушении и ослаблении иммунитета у привитых.

Заканчивая, мы должны еще указать, что для экономии материала и для достижения максимальной стерильности, вместо спинного мозга, мы перешли на эмульсию из головного мозга. Общее количество вирулентной мозговой субстанции отличается немногим от такового, какое применяется в Коховском Институте в Берлине.

Выводы наши указаны выше.

---

[1]) В Могилевском округе цифра поднялась с 80 до 140—150 укушенных в течении месяца.

В Борисовском с 12 на 41.

О борьбе с бешенством в г. Витебске и его округе.

Санитарный врач А. ХУРГИН.

Витебский округ в отношении распространения бешенства среди животных занимает видное место. Только с 1919 года в г. Витебске начало функционировать пастеровское отделение при бактериологическом институте, бывшее до этого времени в г. Орше. С открытием пастеровского отделения при Витебском бактериологическом институте впервые организация антирабических прививок принимает определенную и правильную форму. О количестве привитых людей, прививок, кроликов по годам можно судить из таблицы № 1.

Годы	Прив людей	Прививок	Кроликов	Из прив. людей в г. Витебске
1919	196	3929	81	76
1920	320	6402	128	143
1921	509	10213	220	198
1922	429	7941	171	154
1923	6[illegible]6	10128	188	154
1924	1016	16962	203	369

За пять месяцев 1925 года привито людей 550. По неполным сведениям в 1924 году число укушенных бешеными животными по СССР достигает 28.601. Витебский округ за этот же год дает 1016 случаев—$^{1}/_{28}$.

Эта таблица указывает на огромный рост обращаемости и потребность населения в пастеровском отделении. Количество обращавшихся людей за помощью возросло с 1919 г. по 1924 г. более, чем в 5 раз. Возраст пострадавших от 2-х лет до 65-70 лет.

Наибольшее количество—80% падает на возраст от 15—40 лет. Что касается пола, то мужчин больше, чем женщин. Главным источником заражения являются бешеные собаки—до 90%.; остальные 10% падают на лошадей, кошек, свиней, коров и др. Эти данные сходны с переписью покусов людей в России за 1912 год, где видно, что на укусы людей собаками приходится 92 случая из 100, кошками—6, волками—$1^{1}/_{2}$ и прочими животными—1 случай на 100. Главным местом укуса являются конечности; очень редко другие части тела.

Время обращения за помощью от нескольких часов до 2-3 недель. Продолжительность лечения от 12 дней до 3-х недель.

О распределении покусанных по месяцам дают возможность судить данные за 1924 год и за 5 мес. 1925 г.

1924 г.	Янв.	Фев.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Август	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.
Округ.	25	67	82	81	111	84	93	150	116	72	50	85
Из них в г. Витебске.	11	27	48	30	55	22	49	44	42	20	7	14

1925 г.	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май
г. Витебск . .	14	17	10	15	19
Вит. округ . .	43	45	52	67	70
Соседн. окр. . .	22	37	50	43	46
Итого . .	79	99	112	125	135

Наибольшее количество по округу покусанных бешеными животными дают май, сентябрь и август—месяцы; наименьшее—январь. В городе наибольшее—май, наименьшее—январь. Эти краткие данные дают картину о неблагополучии в данном отношении г. Витебска и округа. За последние годы распространение бешенства замечается особенно сильно во всей территории СССР. На Украине число прививавшихся в 1924 г. по сравнению с 1923 г. увеличилось на 70,1%. Россия является единственным эпидемическим очагом бешенства, откуда переносится и на соседние государства, особенно Германию (пограничные области). Отмечается много случаев смертельных без обращения в пастеровские станции согласно данным по СССР. По Витебскому округу эти случаи, к сожалению, не учтены. Второй причиной является несвоевременное обращение покусанных. Даже во Франции (в Париже) за время с 1886 г. по 1911 из 32.969 умерло от бешенства 130 чел. Некоторые государства Европы совершенно не знают бешенства. В Англии нет вовсе бешеных собак. Вопрос о бешенстве должен обратить на себя сугубое внимание. Необходимость борьбы с последним диктуется чисто экономическими соображениями. На лечение покусанных тратится по СССР более 2-х миллионов руб. в год, не считая потери времени и заработной платы лечащихся, убытков от падежа домашнего скота, от бешенства и т. д. По Витебскому округу эта цифра должна быть также внушительной. Увеличение количества бешеных животных, очевидно, об'ясняется прекращением ловли бродячих собак во время революции. В г. Витебске с 1918 г. ловля собак прекращена была до осени 1924 г., и только с сентября прошлого года снова возобновлена. При городской скотобойне имеется специальная будка и два ловца. За период существования поймано 782 собаки (до 1-го мая), из коих отравлено 601, остальные выкуплены владельцами. Несмотря на это, количество покусанных довольно значительно. Необходимы более широкие мероприятия. Деятельность пастеровского отделения ограничивается исключительно лечением укушенных. Единственной мерой борьбы с бешенством является популяризация сведений о бешенстве среди населения и возможное сокращение количества бродячих собак. Имеющееся обязательное постановление о борьбе с бешеными животными должно проводиться в жизнь во всем округе. Большим неудобством является также отсутствие помещения для покусанных бешеными животными, приезжающих из различных районов округа.

Только таким образом возможна борьба с этим народным бедствием.

Заболеваемость медперсонала Минского округа за 1924 г. по данным Минской Окружний Страхкассы.

Ординатор Нервной Клиники БГУ д-р М. А. ХАЗАНОВ.

(*Директор проф. М. Б. КРОЛЬ*).

Данные о заболеваемости медперсонала чрезвычайно скудны и мало разработаны. Имеющиеся в иностр. литературе общие работы Tissot. De la sante de gens de lettre. Oglle'я. Бертильона, Prinžing'a, Meissner'a, Teleky, Koelscha и др. касаются преимущественно смертности врачей и фармацевтов*). а исследования Kruckenberg'a. Hecker'a, Hahn'a. Винера и др. только освещают отдельные моменты работы и заболеваемости медперсонала. Еще менее богаты исследованиями русская литература и работы Ландшевского, Архангельского, Баранова, Кедрова и др. не охватывают совершенно этого вопроса. Лишь с об'единением всех медветаптработников в единый союз Медсантруд, стало возможным приступить к более планомерному изучению условий труда, быта, болезненности и заболеваемости всех медветработников, а произведенные Московским Губотделом исследования закладывают фундамент этому вопросу.

По Минской губернии отсутствуют не только сведения о заболеваемости медперсонала, но нет и данных о заболеваемости работников других видов труда. Приступая по заданию комиссии по изучению профвредности Ц. П. с/медсантруд к исследованию заболеваемости м/персонала г. Минска и его округа, мы решили использовать и разработать по этому вопросу материалы Минской Окружной Страхкассы, поскольку последние являются наиболее точными и об'ективными. При чем под понятие заболеваемость мы подразумеваем не только согласно определению Рудольфа Вирхова: „состояние отклонения организма от своего нормального жизненного процесса". но имеем еще в виду такое состояние больного, при котором он не в состоянии продолжать свою профессиональную деятельность без вреда для дальнейшего течения своей болезни, т.-е. мы идентифицируем заболеваемость с временной утратой трудоспособности. В наших данных ускользает, правда, огромное количество заболеваний без потери трудоспособности. но за то они выявляют цифры явно выраженных болезней.

В г. Минске и в его округе на 1 октября 1924 г. состояло 2.108 член. Союза Медсантруд (в это количество не включены члены союза б. Червенского уезда, поскольку последний слился с Минским округом лишь в конце бюджетного года. а наши данные охватывают весь

---

*) См. также Meissner: Einfluss der soz. Lage auf die Militärmöglichkeit. Koelsch, Arbeit und Tuberculose, Teleky: Vorlesungen über soż Med; Баранов, к вопросу о влиянии некоторых профессий на смертность от чахотки, Kasper. Die warscheinl. Lebensdauer des Menschen.

бюджетный 1923-1924 г. (с 1 октября 1923 г. по 1 октября 1924 г.). Застрахованных, работающих в учреждениях НКЗ Бел., Окрздрава, Минвоенгоспиталя и Ветуправления было всего 1.446 человек, которые по профессии, полу и местожительству распределяются следующим образом:

Профессия.	м.	ж.	В городе. м.	В городе. ж.	На район. м.	На район. ж.	Всего.	% к общ. колич.
Медврачей . .	99	60	91	59	8	1	159	11
Ветврачей . .	12	—	7	—	5	—	12	0,85
Зубврачей . .	12	31	11	29	1	2	43	3
Лекпомов . .	58	28	38	27	20	1	86	6
Ветфельдшеров .	13	—	5	—	8	—	13	0,85
С-медиц. . .	—	149	—	145	—	4	151	10,5
Фребеличек . .	—	2	—	2	—	—		
Акушерок . .	—	43	—	35	—	8	43	3
Санитаров . .	57	353	50	339	7	14	410	28,3
Ветсанитаров . .	3	—	2	—	1	—	3	0,2
Дезинфекторов . .	8	1	8	1	—	—	9	0,6
Фармацевтов . .	70	58	65	57	5	1	128	9,85
Зубтехников . .	3	—	3	—	—	—	3	0,2
Хозперсонала . .	25	21	23	21	2	—	46	3,1
Конторск. „ .	51	50	50	49	1	1	101	6,6
Разн. подсобн. „ .	114	125	105	114	9	11	239	16,4
Итого . .	525	921	454	878	71	43	1446	100

По месту службы они заняты в след. 48 учреждениях:

	м.	ж.	Всего.	% к общ. колич.		м.	ж.	Всего.	% к общ. колич.
1. НКЗ	16	13	29	2	22-24. Ясли	5	32	37	2,6
2. Окрздрав	16	13	29	2	25. К-туб. санатории	4	12	16	1,1
3. 1 больница	40	113	153	10,5	26. Тубсанат „Новинки“	4	2	6	1,2
4. 2 „	76	167	243	17	27. Трудколон. „	5	7	12	
5. 3 „	36	70	106	7,5	28. Сандезотряд	9	—	9	0,6
6. Детская больница	8	35	43	3	29. Больница ДОПР	7	15	22	1,5
7. Больница хрон.	7	15	22	1,5	30. Пастер. институт	9	4	13	1,2
8. I Родприют	3	28	31	2,2	31-36. 6 участк. б—ц	42	34	76	5,2
9. II „	4	30	34	2,3	37. Белмедторг	21	9	30	2,1
10. ЦРА	54	57	111	7,8	38. Управл. аптеками	10	2	12	0,8
11. ЦДА	10	42	52	3,6	39. Центр. аптека	12	20	32	2,2
12. 2-я амбулатория	2	4	6	1,2	40. Аптека № 2	6	9	15	4
13. 3-я „	6	6	12		41. „ „ 3	6	5	11	
14. Тубдиспансер	2	13	15	1	42. „ „ 4	3	7	10	
15. Вендиспансер	9	4	13	0,9	43. „ „ 5	4	10	14	
16. Фавдом	1	8	9	0,6	44. „ „ 6	5	5	10	
17-18. Трахдом	3	13	16	1,12	45. Красн. Крест	7	2	9	0,6
19. Д/Реб. № 1	3	60	63	4,3	46. Минвоенгоспиталь	14	9	23	1,5
20. „ № 2	5	30	35	2,4	47. Ветуправление	33	6	39	2,6
21. Консультации	3	10	13	0,9	48. Протезная мастерск.	15	—	15	1
					ВСЕГО	525	926	1446	100

Из общего количества всех этих застрахованных медветаптработников в течение 1923-24 бюджетного года (с 1 октября 1923 г. по 1 октября 1924 г.) 501 лицо (123 мужч. и 378 женщин) болело разными болезнями с утратой трудоспособности, что составляет 34,6 проц. или на 1000 застрахованых м-в-работников приходится в течение года 346 больных.

По роду занятий и профессий они разделяются следующим образом:

				Проц. к общ. кол. лиц этой проф.
Медицинских врачей	28 м.	9 ж.,	всего 37	23,27
ветеринарных „	1 „		„ 1	8,3
зубных „	2 „	9 ж.,	„ 11	25
с.-медицинских		62 „	„ 62	41,6

					Проц. к общ. кол. лиц этой проф.
акушерок . .	„	10 ж.	всего	10	24
фельдшериц . .		4 „	„	4	14
патронажных сестер .		2 „	„	2	
фребеличек . .		2 „	„	2	
фельдшеров . .	7 м.		„	7	12
дезинфекторов . .	2 „	„	„	2	22
фармацевтов . .	21 „	33 „	„	54	41,85
дрогистов . .	3 „	1 „	„	4	
фасовщиков . .	„	1 „	„	1	
санитаров местн. леч. учр.	9 „	174 „	„	183	47
„ иногор. „	2 „	3 „	„	5	23,8
завхозов и хоз. перс. .	6 „	3 „	„	9	19
техн. персонала . . (мех. машин. портных)	3 „	1 „	„	4	
канцел. персонала . .	10 „	21 „	„	31	30
дворового перс. (сторожей).	8 „			8	
ч.-раб. и уборщиц . .	9 „	14 „	„	23	
кух. персонала . .	2 „	10 „	„	12	}
прачек . .		17 „	„	17	} 30
профработников . .	1 „	2 „	„	3	}
рабоч. протезной мастерской	9 „		„	9	

Как видно, наибольшее количество больных приходится на группы санитаров (47 проц. к общему количеству всех санитаров), с-мед. (41,6 проц.) и фармацевтов (41,85 проц.), а по группам занятий, мед. группа занимает первое место:

медицинская группа	составляет	326 чел.	или	65 проц.	всех больных
фармацевтичск. „	„	59 „	„	11,8 „	„
хоз. вспомог. „	„	116 „	„	23,2 „	„
Всего	—	501	—	100 процентов.	

Эти 501 человек перенесли в течение года 642 заболеваний (131 м. и 511 ж.) и 699 случаев болезней с общим количеством отпускных дней 11294. На 1000 м/работников приходится 475 случаев среднее число постоянно нетрудоспособных на 1000 м/работников составляет 31,2; на каждый случай заболевания приходится 16,15 дней, а на каждого больного 32,54 дня в год. Средняя продолжительность болезни у мужчины 23,2 дня, у женщины 16,25 дней, а стоимость отпуска каждого мужчины обходилась в среднем 37 р. 02 к., а женщины в 16 р. 50 к., средняя же стоимость отпуска вообще 21 р. 62 к.

При сравнении этих цифр с коэффициентами заболеваемости России, Моск. обл., Германии и Ленинграда*) мы получаем следующие данные:

	Германия (1918—23 г.)	Россия (1915)	Моск. обл. (1917 г.)	Ленинград (1924 г.)	Минский медработн.
Средн. число случ. забол. на 1000 чел.	399	464	—	—	475
Среднее число постоянно нетрудоспособных на 1000 чел. . . .	245	170	230	—	313
Средн. продолжительность одного случая болезни	19,7	13,2	15,7	14,6	22,5

Как видно, продолжительность болезни у одного лица довольно большая. Значительны также частота и длительность заболеваний.

В течение года болело:

	врачей	с-м.	ф-ров	з-врачей	фармац.	санитаров	кух.	прачек	хоз. подс. перс.	конт. перс.	всего
1 раз . .	33	58	4	11	40	125	10	10	45	22	358
2 раза . .	4	19	2	—	12	48	1	5	8	9	108
3 „ . .	1	3	1	—	5	11	1	1	1	—	25
4 „ . .	—	1	—	—	2	4	—	1	—	—	8
5 „ . .	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
	38	82	7	11	59	188	12	17	54	31	501

Это показывает, что мед. и фармац. группы особенно подвергались повторным заболеваниям и сама болезнь, как видно из длительности заболеваний, бывает довольно тяжелой.

*) Сравни Вигдорчик „Страхование на случай болезни в России“, С. Каплун Санит. статистика труда, Маркузов—„Статистика соц. страхования“. Положение труда в Ленинградской губ. в 1924 г.

	врачей	з-врачей	санитаров	с-мед. и др.	фарм.	хоз. подс. перс.	Всего:	проц.	Ленинград 1921 г.	Москва 1914—18 г.
до 3 дней болело	5	3	78	26	39	38	189	26	15,5%	17%
от 4 „ 7 „ „ .	7	2	60	26	12	45	152	21,6	29,5 „	31,75
„ 7 „ 14 „ „ .	9	5	72	36	14	38	174	25	29,8 „	21 %
„ 14 „ 21 „ „ .	4	3	20	8	8	14	57	8,4	11,4 „	8,2 „
„ 21 „ 1 мес. „ .	13	1	12	6	8	13	53	7,7	5,5 „	4,1 „
„ 1 „ „ .	2	—	15	18	5	11	51	7,8	11 „	6,9 „
„ 2 до 3 „ „ .	1	—	6	4	—	2	13	1,7	2,7 „	3,0 „
„ 3 „ 4 „ „ .	—	1	1	2	—	1	5	0,7	0,7 „	1,8 „
„ 4 „ 5 „ „ .	—	—	2	—	—	—	2	0,3	—	0,4 „
„ 6 „ 7 „ „ .	—	—	—	1	—	—	1	0,15	—	1,0 „
„ 7 „ 8 „ 1 в-врач	1	—	—	—	—	—	2	0,3	—	—
1 в-врач	42	15	266	127	86	162	699	100,0		

Большинство м-работников болело не менее 2—6 недель, (особенно это относится к врачам, с-м. и санитаркам) и не мало из них болеет много месяцев. Такая длительность заболеваний об'ясняется теми болезнями, которые они перенесли в течение года.

Как видно из таблиц на стр. 68—77, медработники г. Минска и его округа, несмотря на благополучие 1924 г. в эпидем. отношении, перенесли кроме 117 случаев гриппа еще 15 тифозных заболеваний и 29 случаев др. инфекций, составляя на 1000 застрахованных 110 больных инф. бол. в течение года, причем особенно подвергались этим заболеваниям санитары—15 проц. и с/м—13,2 проц., переболело также большое количество аптработников — 22 проц., но преимущественно гриппом (19 случаев—15 проц.). 2) Травматические заболевания и бол. кожи и подкожной клетчатки занимают после инфекц. болезней 2-е место, всего вместе составляя 104 случая или 82 на 1000, причем особенно часто имели они место у санитарок—11,2 проц., у сестер—7,7 проц. и фармацевтов—7 проц. Среди этих болезней некоторые (как частые переломы, ушибы, ожоги, растяжения связок и т. п.) указывают на тяжелые условия труда и санит.-техн. недооборудованность учреждений, а другие (как экземы и дерматиты) на профессиональную вредность некоторых видов труда, поскольку экземы на голове и руках имели место у сотрудников фав. дома, а дерматиты у аптработников. 3) Случаи злоупотребления морфием далеко не редки среди минских

м-работников. 4) Количество больных тяжелым расстройством обмена и питания довольно значительно среди аптработников (4 проц.), которым приходится работать в спертой обстановке, насыщенной газами, и среди санитаров—3 проц. 5) Обращает на себя внимание значительный процент нервных болезней, преимущественно ишиас и неврастения. среди с. м. и акушерок (5,8 проц.), обусловленные, очевидно, родом работы с. м. Следует также отметить случай полиомиэлита у 1 ветврача, возникшего на почве бывшего укуса бешеной собаки во время работы [1]). 6) Наличие значительного количества сердечно-сосудистых заболеваний (4,9 проц.) у врачей. 7) Большая частота бол. органов дыхания (3,6), особенно с преобладанисм восп. легких, ангины и плевритов у с. м. (4,7 проц.), аптраб. (4,6 проц.) и врачей (3,7 проц.). 8) Большое количество случаев бол. органов пищеварения (5,5 проц.), с преобладанием аппендицитов у с.-м. и санитаров, язв желудка у подсобного персонала и грыжеущемлений у санит. и подсобного персонала, что указывает на связь этих болезней с профдеятельностью заболевших. 9) Огромное количество гинекологических заболеваний, составляющих 80 на 1000 застрахованных женщин, причем среди этих болезней занимают первое место S—Oophoritis (16 случаев), естеств. выкидыши (14 случаев), ненорм. течение беременности и родов (12), иск. аборты (12) и маточные кровотечения (5). Наибольшее количество гинекол. болезней имелось у санитарок—130 из 1000, затем у женщин, врачей—66 на 1000, фармацевток и подс. перс.—50, с.-м.—42,7 и самое меньшее среди хоз.-канцел. персонала — 18 10) Количство активно-туберкулезных составляет 36 на 1000 застрахованные причем санитары дают 40 на 1000, с.-м.—47 на 1000, врачи—30 на 1000 а аптработники—58 на 1000. 11) На 1000 застрахованных приходитсх 457 больных и из них врачи дают 27 проц., сестры—51 проц., санятары—60 проц., фармацевты—67 проц., хоз.-канц. персонал—34 проци а подс. персонал—37 проц., причем следует отметить, что хотя аптработники и дают 67 проц., но большая масса падает на грипп.

Если сравнить данные заболеваемости м-работников с заболеваемостью участников Мюнхенской общегородской больничной кассы за 1921 г., то получим следующие цифры [2]).

	На 1000 застрахов. больн.			
	Мюнхенских		Минских м-работник.	
	м.	ж.	м.	ж.
1. Инфекц. бол.	73,87	76,42	73,10	189,1
В том числе грипп	45,99	44,26	34,6	176,6
Туберкулез	12,89	17,46	19,2	44,56
2. Болезни питания и обмена	5,69	15,31	13,4	25,0
3. Болезни органов дыхания	52,71	42,75	17,14	45,65
4. Нервные болезни	24,41	29,60	21,1	32,6
5. Болезни кров. системы	15,97	14,87	13,4	15,2
6. Болезни органов пищеварения	66,53	72,09	42,3	59,9
В том числе язвы желудка	9,36	10,59	5,7	—
Аппендицит	3,14	5,45	5,7	13,2
7. Болезни мочеполовых органов	5,87	34,26	5,7	81,5
В том числе гинекол. заболев.	—	25,66	—	50,65
Выкидыши естественнные	—	—	—	15,02
8. Болезни внешних покровов	38,83	27,16	30,6	55,07
9. Травмы	77,82	24,34	19,2	32,6

[1]) См. работу д-ра Е. Федоровой в „Трудах" БГУ 1925 г.
[2]) Verwaltungsbericht der allg. Ortskrankenkasse. München 1921

	Врачи		Ф-ра		Дезинфект	С мил. и акуш.	Санит		З. врачи		В. врачи	Форма-цевты	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	м.	ж.
I. Инфекц. болезни													
Инфлюэнца	6	1	2	–	—	20	—	44	--	—	—	4	15
Тифы: сыпной . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Возвратный	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Брюшной	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Паратиф	1	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	--	2
Скарлатина	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Оспа	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дизентерия . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Малярия	1	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Сонная болезнь . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дифтерит	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Рожа	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Краснуха	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	-	—	—
Сепсис	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Остр. суст. ревм. .	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	4	—
абс. ц.	8	1	2	—	--	25	—	62	—	1	—	9	19
Проц. к общ. кол. лиц данной профессии .	9 (5,%)					13, 2%		15,%		(2,3%)		(22%	
II. Животн. паразиты													
Чесотка	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Глисты	—	—	—	—	—	—	—	2	—	--	—	—	—
абс. ц.	—	—	—	—	—	—	—	4	—	--	—	—	—
проц.								(1%)					
III. Травмы													
Ожоги	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	1
Ушибы	1	—	—	—	..	1	1	3	1	—	—	—	2
Переломы	1	—	—	—	—	3	1	4	—	—	—	—	—
Порезы	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1

Кух. персонал		Всего	Прачки	Хоз. персонал		Канцеляр. персонал		Технич. персон.		Чернор. уборщиц. Дворов. персонал		Протез. маст.		Всего	
м.	ж.		ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1	7	8	4	1	—	2	5	—	—	1	3	1	—	18	99
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	6
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4
1	8	9	6	3	1	2	7	—	—	1	3	1	—	28	133
				9 %		9%		всего подс. перс. 30 (12%)						11%	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	..	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
														(0,26%)	
—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	10
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	4	8
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	7
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	4

	Врачи м.	Врачи ж.	Ф-ка м.	Ф-ка ж.	Дезинфект. м.	С/мил. и акушер. ж.	Санит. м.	Санит. ж.	З/врачи м.	З/врачи ж.	В/врачи м.	Фармацевты м.	Фармацевты ж.
Раст. связок.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Побои	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
абс. ц.	2	—	1	—	1	6	2	15	1	—	—	—	4
проц.	(1,2%)					(3%)	(4,25%)		(2,3%)			(3%)	
IV. Отравления													
Морфием	—	—	—	—	—	3	—	--	—	—	—	—	—
абс. ц.	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
проц.						(1,5%)							
V. Новообразования													
Саркома	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Рак матки.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
абс. ц.	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
проц.													
VI. Общие расстр.													
Питания и обмена, малокровие	—	—	1	—	—	3	—	12	1	—	—	2	2
Диабет	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
	2	—	1	—	—	3	—	12	1	—	—	3	2
								(3%)				(4%)	
VII. Болезни нервной системы													
Ишиас	1	1	1	—	—	7	—	2	—	1	—	1	—
Невральгия	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1
Полиомиэлит	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	--	--
Неврaст. и истер. . .	2	—	1	—	—	3	—	2	—	—	—	1	1
Психозы	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
абс. ц.	3	1	2	--	—	11	1	8	—	1	1	2	2
проц.	(2,4%)					(5,8%)		(2%)					

Кух. персонал		Всего	Прачки	Хоз. персонал		Канцеляр. персонал		Технич. персон.		Чернор., уборщиц. Дворов. персонал		Протез. маст.		Всего	
м,	ж.		ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	1	3	—	—	9	30
Всего подсобн. персонала 7 (3%)														(2,7%)	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
														(0,2%	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
														(0,14%)	
—	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	1	—	—	4	23
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
—	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	1	—	—	7	23
														(2,1%)	
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	4	12
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	1	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	6	10
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3
—	—	—	1	1	1	1	4	—	—	1	—	—	—	11	29

	Врачи		Ф-ра		Дезинфект.	С/мил. и акушер.	Санит.		З/врачи		В/врачи	Фармацевты	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	м.	ж.
VIII. Бол. кров. и лимф. системы:													
Порок сердца	3	—	—	—	—	2	—	4	—	2	—	—	1
Невроз	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Артериосклероз . . .	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Тромбофлебит и пр. . .	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
абс. ц.	7	—	—	—	—	2	—	6	—	2	—	—	1
проц.	(4,4%)												
IX. Бол. орг. дыхания													
Ангина, диф.	1	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	1	2
Бронхит	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—	1
Восп. легких	—	3	—	—	—	3	1	4	—	—	—	—	1
Плеврит	1	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—
Прочие	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
абс. ц.	2	4	—	—	1	9	1	13	—	—	—	1	5
проц.	(3,7%)					(4,7%)	(3,5%)					(4,6%)	
X. Бол. орг. пищевар.													
Гастроэнтер.	—	1	1	—	—	2	—	13	—	2	—	1	2
Зуб. болезни . . .	—	—	—	—	—	2	—	1	—	2	—	—	—
Аппендицит	—	—	—	—	—	5	—	6	—	—	—	2	—
Желчные колики . .	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Язва желудка	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Грыжеущемления . .	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—
Геморрой	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Ахилия и проч. . .	—	—	1	—	—	1	—	3	—	—	—	1	—
абс. ц.	—	1	2	—	—	12	1	26	—	4	—	6	2
проц.						(6%)		(6,5%)				(6,3%)	

Кух. персонал		Всего	Прачки	Хоз. персонал		Канцеляр персонал		Технич. персонал		Чернор. уборщиц. Дворов. персонал		Протез маст.		Всего	
м.	ж.		ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	10
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	7	14
														(1,5%)	
—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—	1	—	—	3	12
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5
—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	14
—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	9
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1
—	—	—	5	1	—	1	3	1	—	1	3	—	—	9	42
														3,6%	
—	—	—	—	1	2	—	1	1	—	—	1	2	—	6	24
—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	1	—	3	7
—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	12
—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	3	—
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	1	—	4	4
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4
—	—	—	1	1	4	3	3	2	1	4	1	4	—	22	55
														(5,5%)	

	Врачи		Ф-ра		Дезин-фект.	С/мил и акушер.	Санит.		З/врачи		В/врачи	Фарма-цевты	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	м.	ж.
XI. Бол. мочевых орган.													
Воспал. почек . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Циститы	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
XII. Бол. полов. органов													
Естествен. выкидыш . .	—	2	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—
Иск. выкидыш. . . .	—	—	—	—	—	1	—	7	—	1	—	—	1
Преждевр. роды . . .	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Маточн. кровот . . .	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	1
Внематочн. беремен. . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Болезни беременных . .	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—
Болезн. месячн . . .	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
S—Oophoritis	—	1	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	—
Восп. матки и пр. . .	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	1
Маститы	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
абс. ц. . .	—	4	—	—	—	—	—	46	—	1	—	—	3
проц. *) . .		(6,6%)				(4,7%)		(13,%)					(5,%)
XIII. Бол. орг. зрения	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
XIV. Бол. орг. слуха	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
						1		1					
XV. Бол. костей, суставов и мышц													
Хронич. ревм. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Миальгин и проч. . .	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	3
	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	3

*) Только по отношению к женщинам.

Кух. персонал м.	Кух. персонал ж.	Всего	Прачки ж	Хоз. персонал м.	Хоз. персонал ж.	Канцеляр персонал. м.	Канцеляр персонал. ж	Технич. персонал м.	Технич. персонал ж.	Чернор уборщиц Дворов. персонал м	Чернор уборщиц Дворов. персонал ж	Протез. маст. м	Протез. маст. ж.	Всего м.	Всего ж.
—	—	—	1	—	—		—	—	—	—	—	—	—	1	3
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	3
														(0,4%)	
—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	12
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2
—	3	—	2	—	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	72
					(1,8%)										(8%)
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	2
						1						1		2	2
—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	4	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	4	7
														(0,8%)	

	Врачи м.	Врачи ж.	Ф-ка м.	Ф-ка ж	Дезин-фект. м	С|мил. и акушер. ж.	Санит. м.	Санит. ж	З|врачи м.	З|врачи ж.	В|врачи м.	Фарма-цевты м.	Фарма-цевты ж.
XVI. Бол. кожн. и подкожн. клетч.													
Экзема	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Панариций	—	—	—	—	—	3	—	10	—	—	—	2	—
Флегмоны	—	—	—	—	—	5	—	10	—	1	—	—	—
Абсцессы	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	1	—
Фурункулез	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Дерматиты	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
абс. ц.	1	—	—	—	—	9	—	28	—	1	—	з	а
проц.						(4,72)		(72)				(4,06)	
XVII. Лихор. состояние	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
XVIII. Туберкулез													
+tbc pulm	3	1	1	—	—	2	—	9	—	—	—	4	1
Apic. fibr. subc. . .	1	—	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—	2
Туб. желез	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
„ перитонит . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
„ кост. и суставов .	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
абс. ц.	4	1	1	—	—	9	—	16	—	—	—	4	3
проц.	(3 %)					(4,7 %)		(4 %)				(5,8 %)	
XIX. Вен. болезни													
Гонорея	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Всего . .	31	12	9	-	2	99	3	244	2	10	1	31	47
абс. ц.	—	—	—	—	—	—	—	...	—	—	—	—	—
проц.	27 %					51 %	60 %		27 %		9 %	67 %	

Кух. персонал		Всего	Прачки	Хоз. персонал.		Канцеляр персонал.		Технич. персон.		Чернор. уборщиц Дворов персон.		Протез маст.		Всего	
м.	ж.		ж.	м	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж	м.	ж.	м.	ж
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5
1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	6	15
—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	1	2	4	—	6	20
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	1
1	—	—	2	1	1	—	1	—	—	5	3	5	—	16	47
														(4,5 %)	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	2	—	1	—	4	—	—	—	2	—	—	8	22
—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	4
—	—	—	3	—	1	1	4	—	—	—	4	—	—	10	41
														(3,6 %)	
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2
3	13	—	25	8	11	10	28	4	1	17	20	11	—	131	511
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
														(43 %)	

Эти сравнительные цифры указывают, что м-персонал, особенно же женский медперсонал, дает большие цифры заболеваемости по зар. бол., туберкулезу, бол. питания и обмена, нервн. бол., аппендицитам, гинекол. забол., бол. внешних органов и травмам, чем работницы других видов труда.

Если же сравним распределение больных мед. работников по г. Минску и округу с распределением по заболеваемости всех рабочих по Белоруссии (по данным Главсоцстраха Белор.) то получим следующую картину.

	По Белор. из общ. колич. больн. активно застрахов. в процентах	Медраб. г. Минска в процентах
1. Инфекц. бол. болели . . .	18,1	24,4
2. Параз. „	0,4	0,6
3. Травмы	14,0	6,0
4. Отравления	0,1	0,4
5. Новообразования . .	0,1	0,3
6. Общее расстр. питания . .	2,5	5,9
7. Бол. нервн. сист. . . .	4,2	5,2
8. „ сердца и сосудов . .	2,6	3,0
9. „ органов дыхания . .	8,2	7,0
10. „ „ пищеварения .	17,0	10,8
11. „ мочев. органов . .	0,8	0,9
12. „ пол. органов . . .	2,6	10,7 *)
13. „ органов зрения . . .	1,7	0,3
14. „ „ слуха . . .	0,5	0,6
15. „ костей и суставов . .	5,2	2,0
16. „ кожи и подкожн. клетч. .	13,0	10,0
17. Лихор. сост.	1,5	0,3
18. Туберкулез	5,9	8,0
19. Гонорея и пр. бол. . . .	—	0,4

Как видим, м/работники Минского округа больше и чаще других групп работников болели инфекц. бол., отравлениями, расстройством обмена и питания, новообразованиями, нервн. бол., сердечн., туберкулезом, а женщины м/работницы в огромном количестве забол. половой сферы.

*) Эти цифры взяты только по отношению ко всем заболеваниям женщин м-раб-ц В отношении же ко всем м-раб. они составляют 3,6%.

По учреждениям количество больных распределяется следующим образом:

НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ	Количество служащих	Заболело					Всего заболело	% к общ. колич. работников
		Врачей	С.-м.	Сан.	Фарм.	Прочий хоз. перс.		
1 больница . . .	153	1	29	65	—	11	106	70
2 „ . . .	243	3	13	64	1	7	88	37
3 „ . . .	106	—	16	30	—	24	60	59
Детская больница . .	43	—	6	11	—	4	21	50
1 родприют . . .	31	—	5	4	—	2	11	37
2 „ . . .	34	1	7	7	—	6	21	61
Дом грудн. реб. . .	66	—	3	18	—	8	29	44
Б-ца хрон. . . .	22	—	2	8	—	1	11	50
ЦРА	111	21	7	16	3	16	63	57
Тубдиспансер . .	75	1	3	6	—	—	10	66
ЦДА	52	4	—	7	3	—	14	28
Центр. апт. . . .	92	—	—	—	—	—	41 случай бол.=68%	
2 апт.	15	—	—	—	—	—	6	40

Заболеваемость была особенно высока в 1 Сов. больнице, 3 больнице, Тубдиспансере, Доме грудного ребенка, ЦРА и 2-ом Родприюте и центр. аптеке. Причем среди служащих I и III больниц преобладали зар. болезни, во II б-це и I б-це много случаев аппендицитов, выкидышей, гинекол. заболеваний, заболев. верхних покровов, в ЦДА-грипп, бол. орг. дых., лишае, в Тубдисп., I, II б-цах, д. грудн. реб. — туберкулез, в фав. доме — экзема головы, в центр. аптеке грипп, забол. дых. путей и *дерматиты*. Как видно целый ряд болезней находился в непосредственной зависимости от рода и места работы.

Как видим, наибольшее среднее количество дней падает на врачей (24,0) и ф-ров (24,3), однако-ж эти цифры не могут быть особенно показательны, поскольку они получались за счет 3—4 тяжелых, долго болевших людей: 1 врач с саркомой, 1 ветврач с полимиэлитом, 1 ф-р с гнойником печени и 1 зубврач с сепсисом. Второе место занимают сестры медицинские и акушерки (18,87 дн.), причем больше всего дней падает у них на бол. пищеварит. орг. (34,3) и пол. органов (44,6), это об‘ясняется имевшими место у них осложнений аппендицитом и сальпинго-оофоритом. Третье место принадлежит санитарам (16,3) приходится при этом обратить внимание на тяжесть туберкулеза у них (40 дн.) и травмы (25,68 дн.), последние обусловлены бывшими тяжелыми затяжными увечьями: переломы, ожоги. Затем следует подсобный персонал 13,1 дн. со значительным количеством дней по бол. пищеварения 24 дн., обусловленные тяжелым и продолжительным лечением язвы желудка у 3 рабочих. Самое последнее место занимают аптработники, которые, давая большой % заболеваемости (67 на 1000), не болели особенно тяжело, на каждый случай болезни у них падает в среднем 10,7 дней *).

*) Средняя же продолжительность каждого случая заболевания по Белоруссии составляет для застрахованных 8,6 дней. (Данные Главсоцстраха Белоруссии).

По болезням же они распределяются следующим образом:

	1 б-ца				2 б-ца				3 б-ца				Дет. б-ца			1 род. пр.			2 род. пр.				Дом гр.реб.			Тр. дом			Фав. дом			ЦРА				Туб-дисп.			Цент. апт.
	Врачи	С. м.	Сан.	Пр.	Врачи	С. м.	Сан.	Пр.	Врачи	С. м.	Сан.	Пр.	С. м.	Сан.	Пр.	С. м.	Сан.	Пр.	Врачи	С. м.	Сан.	Пр.	С. м.	Сан.	Пр.	С. м.	Сан.	Пр.	С. м.	Сан.	Пр.	Врачи	С. м.	Сан.	Пр.	Врачи	С. м.	Сан.	Фарм.
1. Инфекционные болезни	—	4	16	—	1	1	5	—	1	6	5	—	2	5	—	1	1	—	—	2	1	—	—	3	—	1	—	—	1	1	—	3	3	7	—	—	—	—	8
В том числе грипп, тифы и пр.	1	4	6	—	—	1	3	—	—	1	4	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	6
2. Параз. болезни	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
3. Травмы	—	—	2	—	—	2	8	—	—	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—		—	—	1	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	2
4. Отравления	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Новообразования	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2
6. Болезни питания и обмена	—	4	3	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	1	—	1	2
7. „ нервной системы	1	2	3	—	—	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
8. „ сердца и сосудов	—	—	2	—	1	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	4	1	2	—	—	—	—	4
9. „ органов дыхания	—	—	2	—	—	2	—	—	—	2	2	—	2	1	—	—	—	—	—	2	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	—	—	—	—	—	4
10. „ „ пищеварения	—	6	9	—	—	4	8	—	—	—	3	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
11. „ мочевых органов	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
12. „ половых „	—	2	12	—	—	1	14	—	—	—	4	—	1	1	—	—	—	—	—	1	2	-	1	5	—	2	1	—	—	—	—	2	2	2	—	—	—	—	—
13. „ органов зрения	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. „ „ слуха	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
15. „ костей и суставов	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
16. „ кожн. и подк. клетчатки	—	3	10	—	—	1	10	—	—	—	3	—	2	1	—	2	1	—	1	—	2	—	3	3	—	—	4	—	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—	2
17. Лихорадочное состояние	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1
18. Туберкулез	—	4	4	—	1	1	5	—	—	3	2	—	2	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	—	1	6	3	2
19. Вен. бол.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего случаев болезни	2	29	71	—	2	21	65	7	1	16	31	24	11	11	—	6	4	—	1	7	7	—	10	18	—	4	5	—	1	8	—	28	14	16	-	2	6	7	41

По количеству дней болезни мы имеем следующие цифры:

	Врачи		Фел.	С/м, и акуш,			ф-ра и З/вр			Сан.			Фарм.			Проч. перс.			По вс. груп.		Средн
	кол.	дни	кол дн.	сл.	дни	ср.	сл.	дни	ср.	сл.	дни	ср.	сл.	дни	ср.	слуг.	дни	ср.	Всего случ.	Дни	Сред.
I инф бол. . .	10	135	13,5	27	356	13,18	3	107	—	67	822	12,36	26	168	6,4	32	466	14,5	165	2054	12,4
II. Параз . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	22	5,5	—	—	—	—	—	—	4	22	5,5
III. Травмы . . .	21	17	8,5	6	77	13	—	3	3	16	411	65,68	4	9	2,25	7	50	7,1	36	567	15,7
IV. Отравл . . .	—	—	—	3	20	7,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	20	7,3
V. Новообраз. .	1	261	—	—	—	—	—	—	—	1	55	—	—	—	—	—	—	—	2	316	15,8
VI. Бол. пит и обм.	2	61	30,5	3	24	8	2	24	63,5	13	127	10	7	74	10,6	6	47	8,0	33	360	10,9
VII. „ перв. спет.	5	180 *)	—	12	102	8,35	3	39	13	11	194	176	6	74	12,3	9	90	10,0	46	679	14,7
VII. „ серд сосуд	4	91	23	3	98	32,7	2	124	—	6	52	8,6	2	3	3	—	—	—	16	368	9,3
IX. „ орг. дых. .	5	69	14	12	161	13,4	—	—	—	14	133	9,8	6	36	6	17	170	10,0	54	569	10,5
X. „ „ пищев.	1	4	4	—	412	34,3	6	115	17,5	26	502	19,2	10	212	21,2	25	595	14,0	80	1840	23,0
XI „ моч, орг. . .	2	37	18,5	10	—	—	—	—	—	1	12	—	1	8	8	3	53	17,7	7	110	15,7
XII. „ пол, „ . .	4	56	14	1	446	44,6	1	20	20	46	785	15,5	3	65	21,6	9	91	10	73	1393	19
XIII. „ орг, зрен, .	—	—	—	—	27	—	—	—		2	6	3	—	—	—	—	—	—	3	33	11
XIV. „ „ слуха .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	2	19	9,5	3	20	7
XV. „ кост и суст.	—	—	—	12	—	—	—	—	—	2	22	6	6	63	20,5	9	70	7,7	27	145	8,5
XVI. „ верх. покр.	1	14	14	—	75	6,25	2	14	7	28	230	8,2	6	26	4,3	26	104	8,0	75	563	7,5
XVII. лихор. сост.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	3	2	3	3	—	—	—	2	6	3
ХУIII. Туберкулез	6	107	17,7	20	475	23,75	1	61	—	26	1038	40	9	179	179	15	208	14	77	2068	26,9
XIУ. Вен. бол. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	15	15	—	—	—	2	46	23	3	61	20,3
ВСЕГО . .	43	1032	24,0	121	2273	8,87	21	510	24,3	266	4350	16,3	86	9_0	162	10,7	2109	13.1	699	11294	16,15

*) Из них 1 ветврач больной полиомиэлитом.

При сравнении средней продолжительности заболеваний основных Минских медработников с заболеваемостью рабочих по Москве в 1918 г., мы получаем следующее.

	Москва	Минск.
Заразн. болезн. вместе с туберк и вен. бол.	17,7	**29,9**
Травмы	16,4	**17,98**
Отравления	9,2	7,3
Общее расстр. питания	17,3	11,6
Болезни нервн. системы	29,2	16,0
„ органов кровообращения	35,5	23,0
„ „ дыхания	22,3	10,8
„ „ пищев.	12,5	**22,6**
„ „ полов. женск.	22,1	**23,4**
„ кожн. и подк. клетчатки	14,1	7,5

из коего видно, что особенно затяжной характер носили инфекц., туберкулезные, травматич., гинекологич. заболевания и болезни пищеварительных органов.

Для выяснения, не стоят ли эти болезни в связи со стажем, мы проследили стаж лиц мед. группы в отношении этих болезней, причем оказалось:

Всего больных зар. болезнями (не считая гриппа) было 34
из них с/м., санитаров и врачей . . 20
по стажу же до 1 года было . . . . 12 чел.
„ „ от 1 — 3 лет „ . . . . . 6 „
„ „ свыше 3 лет „ . . . . . 2 „

С заболеваниями половой сферы было 28 больных, из них лиц медиц. группы: (с-м., санит., врачей)

из них со стажем до 1 года . . . . . 14 чел.
„ „ „ „ 1 — 3 лет . . . . . 11 „
„ „ „ „ свыше 3 лет . . . . . 3 „

Как видим, большое колич. естеств. выкидышей, бол. месячных, тяжелой беременности и т. п. падает на лиц с небольшим стажем, поскольку они не приспособились к условиям работы.

Подобное явление наблюдается и с аппендицитами.

Всего больных аппендицитами было 14 человек.

из них со стажем до 1 года было . . . . 7 чел.
„ „ „ „ от 1—3 л. „ . . . . . 4 „
„ „ „ „ свыше 3 л. „ . . . . . 3 „

Совершенно противоположную же картину мы наблюдаем в отношении малокровия и туберкулеза:

Малокровием болело 21 лицо мед. группы

из них 5 со стажем до 1 года
„ „ 14 „ „ от 1 — 3 лет
„ „ 2 „ „ свыше 3 лет.

Туберкулезом болело 50 человек.

из них 5 чел. со стажем до 1 года
„ „ 23 „ „ „ от 1—3 лет.
„ „ 22 „ „ „ свыше 3 лет.

Так что нужно полагать, что связь между стажем и родом болезни играет некорую роль у наших медработников.

Всего по стажу наши больные медработники составляли:

Со стажем до 1 года.	От 1 до 3 лет.	Свыше 3 лет.
83 чел. (16,0%)	183 ч. (36,5%)	235 ч. (47%)

По возрасту больных было:

До 20 л.	21 — 25 л.	26 — 30 л.	31 — 40 л.	старше 40 л.
45 ч. (9%)	226 ч. (45%)	114 ч. (23%)	82 (16,3%)	34 (6,0%)

Наибольшое количество больных было в возрасте до 25 лет (54%) и у лиц с малым стажем до 3 лет (53%).

Помесячная заболеваемость показывает, что больше всего заболеваний было в феврале, марте, июне, августе и декабре, а меньше всего в январе и ноябре.

1923 г.			1924 год.								
окт.	ноябрь.	дек.	янв.	февр.	март.	апр.	май	июнь	июль	авг.	сентябрь.
51	32	59	36	66	62	51	56	59	56	61	56

Стоит обратить также внимание на цифры случаев беременности, родов и детской смертности.

Случаев беременности было всего 70, из них: у санитарок 43, акуш. 5, с/м 8, фармац. 3, женщ.-врачей 4, подс. персонала 4. Коэффициент беременности на 1000 женщин составляет 77,7, по Москве же для всех работниц 76,7.

Ненормальное течение беременности имело место в 27 случаях: у 16 санит., 5 с/м., 1 фармацевтки, 2 ж.-врачей и у 3 лиц подсобного персонала, значит всего 38%, а в отдельности у санитарок в 37%, у с/м. в 62% и у женщин врачей в 50%.

Нормальных родов было 37, у 18 санит., 5 с/м., 3 акуш., 3 ф-ц и у 8 прочих. Коэффициент родов на 100 женщин составляет 40,1 он значит немного понижен по сравнению с данными Лейпцигской кассы 1905 г. (41,4).

Ненормальные роды отмечены следующие: преждевременные роды у 2 санитарок и у 1 ж.-врача, внематочная беременность 1 с/м., ест. выкидыш у 2 с/м., 8 санит., 2 ж.-врачей, 2 лиц подсобного персонала. Всего ненормальных родов 4, а вместе с выкидышами 18. Ненормальные роды составляют 10 %, а ненормальный исход беременности (считая в этом числе случаи естеств. выкидышей) 30%, цифры довольно высокие.

В отношении детской смертности в грудном возрасте мы получили следующие данные. Всего умерло 34, из них: у санитарок—21, с/м.—1, акуш.—1, врачей—5 (4 ж.-врачей), зубврачей, фарм.—1, уборщиц—1, у служащих—1. Наибольшее количество умерших детей падает у санитарок и у ж.-врачей, т. е. на тех лиц, которые не только заняты много в лечучреждениях, но которые еще заносят из лечучрежд. целый ряд болезней

в свою семью. И действительно, большинство детей погибало от заразных болезней и от недостаточного ухода (скарлатина, восп. легких, энтероколиты). Это и видно по месту службы матерей.

Дом Грудного Ребенка . .	12 кормилиц, 2 сан. и 1 с/м.
1-я б-ца . . , . . .	2 „
Детская больница	2 „
3-ья б-ца	2 „
Родприют	1 „
ЦРА	5 врачей и 1 зубврач
Фав. дом	1 санит.
Аптеки	1 фармав., 1 уборщица
Красн. Крест	. 2 служ.
Ветуправление	. 1 „

Самое большое количество погибало у работниц Дома Грудного Ребенка, где имели место детские заразные болезни, и преимущественно у кормилиц.

Случаев смерти по данным кассы отмечено среди членов союза 9, но возможно, что их было больше, но не обращались за пособием в кассу, из них:

1	врач	от	саркомы позвоночника . .	служащ.	Вендисп.
1	„	„	перикардита	„	ЦРА
1	санит.	„	сепсиса	„	больн.
1	„	„	туберкулеза	„	„
1	с/м.	„	„	„	тубдисп.
1	кухар.	„	брюшн. тифа	„	больницы
1	фарм.	„	Coma diabeticum	„	на уезде
1	уч. ф-р	„	гнойника печени . . .	„	„
1	стор.	„	язвы желудка	„	больн.

Заканчивая данные обследования, мы должны отметить, что очевидно не все больные, потерявшие временно трудоспособность, попали в материалы кассы. Многие, преимущественно, работники районов хотя и болели, но за пособием не обращались, а бывали заменены своими сослуживцами. Такие отдельные случаи имели место и в городских лечучреждениях.

Подводя итоги настоящему обследованию, мы приходим к следующим выводам.

1. Медработники г. Минска и его округа дают большую заболеваемость с более затяжной утратой трудоспособности, чем остальные рабочие Белоруссии.

2. Среди этих заболеваний преобладают заразные бол., туберкулез, нервные и сердечно-сосудистые болезни, а у женщин работниц гинекол. заболевания.

3. Наибольшее количество заболеваний падает на аптработников, но с преобладанием гриппа 67%, второе место занимают санитары 60%, сестры медицинские 51 проц., подсобный персонал 37 проц. и врачей 27 проц.

4. Наиболее затяжные болезни падают на врачей 24 дня, затем с/м. 18,87 дн., санит. 16,3 дн., подсобный персонал 13,1 дней и самое последнее место занимают аптработники 10,7 дня.

5. Медработницы дают больший проц. заболеваемости, чем мужчины медработники.

6. Целый ряд болезней, как инфекц., туберкулез, малокровие стоят в связи со стажем, а многие болезни обусловлены условиями работы (ишиас, аппендициты, тяжелое течение беременности и месячных, выкидыши).

7. Значительный проц. травматич. заболеваний и затяжное течение травм нужно искать очевидно в недостаточном санит. техническом оборудовании лечучреждений и недостаточном уходе медработников за собою.

8. Большая детская смертность находится в непосредственной зависимости от работы и условий труда матерей.

9. Для более точного учета заболеваемости медперсонала необходимо введение санит. журналов на каждого медработника в лечучреждениях. Работу же по обследовании заболеваемости следует связать с изучением условий работы и быта медработников.

В заключение считаем своим приятным долгом выразить нашу искреннюю признательность глубокоуважаемому проф. Михаилу Борисовичу Кролю за его указания при проведении настоящей работы и за то, что он нас побудил к изучению профзаболеваемости медперсонала.

К серодиагностике склеромы.

Из бактериологического отделения Белорусского Пастеровского Института (Директор проф. Б. Я. Эльберт) и отделения уха, горла и носа I гор. сов. больницы в Минске (заведыв. д-р Б. Л. Фельдман).

Проф. Б. Я. ЭЛЬБЕРТ, д-р Б. Л. ФЕЛЬДМАН и В. М. ГЕРКЕС.

I.

Диагностика риносклеромы (по Волковичу—Skleroma respiratorium) при помощи обычных реакций иммунитета является областью весьма мало изученной. До самого последнего времени в литературе нет точных указаний на пригодность той или другой реакции иммунитета для серодиагностики этого заболевания. Несомненно, значительное влияние на слабую разработку данного вопроса оказало то обстоятельство, что и этиологическое значение палочки склеромы долгое время продолжало оставаться спорным. Однако, едва ли может вызывать сомнение специфическая роль палочки Frisch, описанной еще в 1882 году, особенно после обстоятельной работы Paltauf и Eiselsberg. Затем исследования Степанова, Павловского, Rona, Neuman, Mirbelli, Alvarez и других в значительной степени углубили вопрос об этиологии склеромы.

В деле диагностики этого тяжелого хронического заболевания, впервые описанного в 1870 году Hebra, несомненно исключительно важную роль играет метод патологогистологического анализа. Этот метод, до последнего времени, являлся главенствующим среди других способов лабораторной диагностики, как напр., бактериологического и серологического, которые не получали признания обоснованности, надежности и простоты. Таким образом, только на основании гистологической картины, обстоятельно изученной Babes, Pellizari, Cornil, Mirbelli и Noyes, Волковичем, Frisch и др., представлялась возможность точной диагностики,—в обнаружении в ткани, в массе состоящей из круглых клеток, особых клеток Mikulicz'a, а также гиалиновых шаров. Разработка вопроса о гистологической картине склеромной гранулемы принадлежит, как известно Pellizari, Cornil, Dietrich, Unna, Frisch, Babes и др.; из русских исследователей, Волкович и Константинович в эту область внесли наиболее ценные данные.

Метод патолого-гистологического анализа научно обосновывает и облегчает клиническую диагностику склеромы в той стадии болезни, когда уже имеются наружные об'ективные изменения пораженной ткани. Для цели же раннего распознавания патолого-гистологический способ не получил применения, равно как оно ограничено при массовом обследовании целых групп населения для обнаружения скрытых очагов склеромы. Нет сомнения, что в деле изучения эпидемиологии склеромы наиболее существенное значение должен сыграть метод,

позволяющий ставить раннюю диагностику заболевания, когда еще не дошло до значительного развития новообразованной гранулемы с типичной патолого-гистологической картиной, а еще важнее, дающий возможность обнаружения скрытых форм, которые по аналогии с другими нозоологическими инфекционными процессами, являются наиболее опасными в эпидемиологическом отношении.

В виду этого, представляется весьма важным вопрос о проверке данных, имеющихся в литературе, о специфичности сывороточной диагностики риносклеромы, сравнение результатов серореакции с таковыми патолого-гистологического исследования в тех случаях, когда оно было проделано, *и что особенно интересно, улавливание ранних и скрытых случаев болезни при массовом обследовании целых групп населения в областях с эндемической склеромой.*

Наши предварительные наблюдения дают право подчеркнуть полную специфичность метода связывания комплемента при риносклероме.

II.

Специфичность сывороточной диагностики риносклеромы оспаривалось многими, хотя другие исследователи могли отметить специфичность, например, реакции связывания комплемента при употреблении в качестве антигена палочки Frisch или водного экстракта из склеромного бацилла (Babes). Этот вопрос долгое время был предметом спора, особенно в связи с работами многих авторов, которые при изучении морфологических и биологических свойств палочки риносклеромы, пневмобацилла Friedländer, затем bac. muc. capsulati и палочки озены, выясняли возможность дифференциации их при помощи обычных реакций иммунитета. Так, Klemperer и Scheier, иммунизируя мелких лабораторных животных палочками озены, риносклеромы и, наконец, диплобациллом Фридлендера, могли отметить некоторую специфичность полученных сывороток по отношению к примененному антигену.

Однако этот метод оказался весьма трудным, в виду того, что при иммунизации животные скоро погибали. Babes, вводя подкожно морским свинкам и кроликам незначительное количество культуры палочки риносклеромы или фильтрат, обнаружили в сыворотке иммунизированных животных небольшое наличие агглютининов. Klemperer и Scheier получали иммунную сыворотку незначительной агглютинирующей силы, от 1 : 1 до 1 : 100, причем иногда отмечалась групповая агглютинация с другими капсульными микробами. Иммунную сыворотку с более высоким агглютинационным титром удалось получить Sicard (до 1 : 500). Весьма незначительная степень агглютинации при смешивании иммунной сыворотки с палочкой риносклеромы, resp. озены и пневмобацилла, как было доказано Porges, зависит от плохой агглютинируемости самих микробов, окруженных слизистой капсулой с большим содержанием белковых веществ. Если же обработать взвесь микробов соляной кислотой с позднейшею нейтрализацией раствором едкого натра, то при этом гидролизе белка капсул—микробы лучше агглютинируются. Склеромная сыворотка, в данном случае склеивает в довольно высоком разведении обработанные вышеуказанным способом палочки склеромы, при чем отмечается только слабая гетерологическая агглютинация с палочкой Фридлендера. Данные самого последнего времени также указывают на невозможность серодиагностики риносклеромы при помощи реакции агглютинации и преципитации (de Area Sleas).

Практического применения реакция агглютинации для диагностики заболевания риносклеромы, в виду непостоянства результатов, не получила.

Метод связывания комплемента Bordet-Gengou был применен Ballner и Reibmeyer для дифференцирования диплобацилла Фридлендера. Так, эти авторы, вводя кролику пневмобацилл, доказали в сыворотке иммунизированного животного образование комплемент связывающих веществ, и притом только по отношению указанному антигену; реакция связывания комплемента получилась, однако и с другими капсульными микробами, когда была взята более концентрированная сыворотка.

Метод Bordet-Gengou был в дальнейшем применен Goldzieher и Neuberg в одном случае для диагностики риносклеромы.

Употребляя в качестве антигена эмульсию палочек склеромы, взвешенных в физиологическом растворе поваренной соли, а также водный экстракт из бацилл, эти исследователи получили полное связывание комплемента с сывороткой больного. Контрольное исследование данной сыворотки с бациллами Фридлендера и с водным экстрактом из них дало отрицательный результат. Эти же авторы после трехкратного, с промежутком в 8 дней, введения палочек склеромы (всего 1 куб. см. эмульсии), обнаружили в сыворотке кроликов наличие комплемент связывающих веществ, при том только к бациллу склеромы. Иммунизируя других кроликов палочкой Фридлендера, Goldzieher и Neuberg доказали образование антител по отношению к пневмобациллу и отсутствие таковых—к палочке склеромы. Затем Babes описывает получение положительного результата реакции связывания комплемента в двух случаях риносклеромы. В одном из этих случаев дело касалось больного с далеко зашедшим процессом, в другом—с незначительными еще патологическими изменениями.

Метод связывания комплемента для диагностики риносклеромы был далее применен Brunner и Iacubowski; из русских авторов—Гринчар и Мещерским, Жуковым; затем в 1922 году вопрос о специфичности реакции был наново поднят Тогуновой и Кордатовой. Последними двумя авторами описаны четыре случая риносклеромы, где получился положительный результат связывания комплемента. Сыворотка бралась в дозе 0,1 куб. см., комплемент—в разведении 1:15 или соответственно титру, гемолитический амбоцептор в тройной действующей дозе, а антигеном служила взвесь суточной культуры склеромных палочек, убитых нагреванием на водяной бане при 58-60^0, в дозе, вытитрованной на нормальной сыворотке.

Серодиагностика риносклеромы по методу связывания комплемента была также предметом работ покойного доктора Д. И. Махова (Киев), который, в 1919 году, занимался выделением чистых культур палочки Frisch и получал положительную реакцию связывания комплемента. (Работа за смертью Д. И. Махова не была закончена).

Затем одним из нас—(Эльберт) в Киеве в 1921 году была начата работа по специфичности реакции связывания комплемента при риносклероме, и в 2-х случаях, из 4-х сывороток, также был отмечен положительный результат.

Метод связывания комплемента для диагностики склеромы в последнее время был применен Tomášek, который исследовал 25 сывороток

больных риносклеромой и много сывороток от других больных, причем получил очень хорошие и вполне надежные результаты. Титруя комплемент, по аналогии с методом Каир и Callmette, Tomàsek достиг при своей технике весьма точных данных.

Из других методов, следует еще упомянуть кутанную реакцию. До настоящего времени она еще недостаточна разработана, чтобы получить применение в диагностике риносклеромы. В 1925 году Soucup сообщил о хороших результатах, полученных от кутанной реакции. Kubelik, однако, не видит особенной нужды в методе кожной реакции, придавая большое значение другим методам и в следующем порядке: бактериологическая диагностика, метод серологический—связывание комплемента и, наконец, гистологическое распознавание.

III

Со времени первого описания риносклеромы, данного Hebra, мы обладаем значительным количеством неблюдений относительно распространения этой болезни и частоты ее в тех или иных областях. Встречаясь в некоторых местах Европы чрезвычайно редко, склерома дыхательных путей в других странах является частым заболеванием. Главным образом склерома, как известно, распространена в Польше, Галиции, Венгрии, Богемии, Буковине и Моравии, затем в западных и юго-западных областях России, в Минской, Могилевской, Киевской, Подольской и Волынской губерниях. Описаны заболевания в Восточной Пруссии и много больных встречается среди жителей Средней Америки. Значительная частота риносклеромы имеется в Белоруссии; в частности в округах бывшей Минской губернии.

В настоящем месте мы не задаемся целью описания очагов наибольшего распространения склеромы в Белоруссии. Но, попутно, укажем, что *уже начато систематическое обследование целых населенных мест,—деревень и т. д., причем, в целях диагностики заболевания, нами широко использовывается серологический метод исследования крови на связывание комплемента,* и, в последнее время, метод выделения чистой культуры.

Техника серологического исследования на риносклерому, применяемая нами, заключается в нижеследующем.

В качестве антигена мы пользуемся культурой палочки риносклеромы[1]). Суточный рост бацилла на косом агаре смывается 5-10 куб. см. физиологического раствора поваренной соли; затем эмульсия переливается в стерилизованную пробирку и микробы убиваются на водяной бане нагреванием при Т'е 60° в течение одного часа. После этого устанавливается рабочая доза антигена (см. таблицы). Сыворотка получается путем отстаивания или центрофугирования крови, взятой из вены локтевого сгиба, инактивируется на водяной бане в течение получаса при 56°С и разводится физиологическим раствором поваренной соли 1:5.

Комплемент обычно берется в разведении 1:10, или же, параллельно с разведением комплемента 1:10, ставится второй опыт с разведением 1:8.

Антиген вытитровывается: 1) в смеси с комплементом, 2) в смеси с комплементом и двумя-тремя нормальными сыворотками и 3) в смеси с комплементом и сывороткой заведомо риносклеромного больного Схема титрования антигена представлена в таблицах 1, 2 и 3.

---

[1]) Первая культура вас. sklerornae была нами получена от д-ра А. И. Тогуновой (Москва), за что ей приносим глубокую благодарность.

Таблица 1.

Антиген + комплемент												
Эмульсия склеромн. палочек	0,25	0,225	0,2	0,175	0,15	0,125	0,1	0,075	0,05	0,025	0,01	0,005
Комплемент 1:10	по 0,25 во все пробирки											
Физиолог. раствор.	дополняется до об'ема 0,75 куб. с.											
	1 час в термостате при 37°C											
5 % взвесь шариков барана, сенсиб. тройн. дозой амбоцентора	по 0.5 в каждую пробирку											
Результат	З Г.	З. .	Оп.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.

Таблица 2.

Антиген + норм. сыв. + комплемент												
Эмульсия склеромн. бац.	0,25	0,225	0,2	0,175	0,15	0,125	0,1	0,075	0,05	0,025	0,01	0,005
Комплемент 1:10	по 0,25 к. с. в каждую пробирку											
Норм. инактив. сыворотка 1:5	по 0,25 к. с. в каждую пробирку											
Физ. раст.	дополняется до об'ема 0,75 куб. с.											
	1 час. в термостате при 37°C.											
5% взвесь шариков сенсибилиз. тройн. дозой амбоцентора	по 0,5 к. с. в каждую пробирку											
Результат	З. Г.	Н. Г.	Оп.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.	Г.

Таблица 3.

Антигон+риносклеромная сыворотка+комплемент													
Эмульсия склеромн. бац.	0,25	0,225	0,2	0,175	0,15	0,125	0,1	0,075	0,05	0,075	0,025	0,01	0,0075
Комплемент 1:10	по 0,25 к. с. в каждую пробирку												
Сыворотка заведомо склеромн. больного	по 0,25 к. с. в каждую пробирку												
Физ. раствор	дополняется до об'ема 0,75 к. с.												
	1 час. в термостате при 37°C												
5% взвесь шариков барана сенсибилизирован. тройн. дозой амбоцентора.	по 0,5 к. с. (в каждую пробирку)												
Результат	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	З. Г.	Н. Г.	Г.

Обозначения: З. Г. задержка гемолиза. Н. Г. небольшая задержка, Оп опалесценция, Г. гемолиз

Сопоставляя теперь данные из 2-й и 3-й таблицы, где первая незадерживающая доза антигена в смеси с нормальной сывороткой равняется 0,175, а наименьшая доза антигена, дающая полную задержку гемолиза с положительной сывороткой, равняется 0,025, мы останавливаемся на титре 0,075 антигена. С этой дозой антигена ставится главный опыт.

Перейдем теперь к изложению наших результатов серологического исследования крови.

IV.

1. В первую постановку вошли 5 сывороток. Титрование антигена было произведено с сывороткой заведомо-риносклеромных больных № 2 и 3.

Таблица 4.

№	Фамилия	Реакция связыв. компл. с пал. склеромы	Клин. диагноз.	Патол. гист. исследование.
1	Гуринович .	+++	Skleroma? Lues?	Skleroma +
2	Герман . .	+++	Skleroma nasi et laryngis?	Skleroma +
3	Желток . .	++++	Idem	Skleroma +
4	Викторович .	++++	Skleroma? T.b.c. laryngis?	abs.
5	Нормальная сыворотка I.	—	—	abs.

2. Во вторую постановку вошло 5 сывороток, из коих одна--от больного с клиническим диагнозом—склерома гортани, одна от больного № 1 из первой постановки и три—от нериносклеромных.

Таблица 5.

№	Фамилия	Реакция связыв. комп. с палочкой склеромы.	Реакция Вассермана	Клин. диагноз	Патолого-гистол. исследование
6	Гуринович .	+++	—	Skleroma? Lues?	Skleroma+
7	Летковский .	++++	—	Skleroma laryngis	abs.
8	Сифилит. сыворотка .	—	++++	—	—
9	Нормальная сыворотка II.	—	—	—	—
10	Нормальная сыворотка III.	—	—	—	—

3. Третья постановка состояла из 4-х проб. № 11 от больного с клиническим диагнозом—склерома носа, № 12, 13 и 14 ставились в качестве контроля. Кроме того была поставлена реакция связыв. компл. с бациллами озены и Фридлендера.

Таблица 6.

№	Фамилия	Реакц. Вассер.	Реакция связыв. комплем. с бациллами			Патологистологич. диагноз
			склеромы	озены	Фридл.	
11	Олехнович .	—	++++	—	—	Skleroma.
12	Норм. сывор. IV	—	—	—	—	
13	Сифил. „	—	—	—	—	
14	Норм. „ V	—	—	—	—	

4. Четвертая постановка состояла из 54 исследований крови; из этого числа 44 крови были взяты у крестьян деревень Грива и Дукорщина Минского Округа. Из этих деревень двое больных, № 15 и 34, лечились в 1924 году по поводу риносклеромы в ушном отделении 1-й сов. больницы в Минске. Антиген был вытитрован по сывороткам этих двух заведомо склеромных больных и затем был поставлен главный опыт.

Таблица 7.

№	Фамилия	Реакция связыв. комплемента с пал. склеромы	Клин. диагноз	Патол. гист. исследование
15	Катющик Федора . .	++++	Skleroma nasi et laryngis.	Skleroma+
16	Катющик Григор . .	—		—
17	Катющик Надя . . .	—		—
18	Катющик Василий . .	—	Rhinitis cat.	—
19	Катющик Федор . . .	—	„ atroph.	—
20	Катющик Мария . . .	—	Pharyngitis sicca	—
21	Катющик Василиса . .	++++	Skleroma nasi.	—
22	Зыгмантович Ирина .	+++	Rhinitis anter.	—
23	Зыгмантович Харитон .	—	Laryngitis poster.	—
24	Зыгмантович Тит . .	—		—
25	Зыгмантович Ксения .	—	t. b. c. pulmonum. Diphteria.	—
26	Зыгмантович Екат. . .	—		—
27	Зыгмантович Надя . .	—		—
28	Зыгмантович Мария .	—	Laryng. hyperpl.	—
29	Зыгмантович Петр . .	—		—
30	Зыгмантович Леон . .	—		—
31	Зыгмантович Уст. . .	—	Ożaena.	—
32	Зыгмантович Юст. . .	+		—
33	Микульчик Наталья	+++	Skleroma nasi.	—
34	Микульчик Настя . .	++++	Skleroma nasi et laryng.	Skleroma+
35	Микульчик Магд. . .	—	Rhinitis ant.	—
36	Микульчик Матр. . .	—	„ „	—
37	Губарь Семен . . .	++++	Ożaena?	—
38	Губарь Мария . . .	—		—
39	Калита Мария . . .	—	Rhinitis atroph.	—
40	Яковец Федор . . .	—	Laryngitis chr.	—
41	Гметчик Анаст. . . .	—		—
42	Гметчик Настасья . .	+++		—
43	Гметчик Флор	—	Rhinitis cat.	—

№	Фамилия	Реакция связыв. комплемента с пал. склеромы	Клин. диагноз	Патол. гист. исследование
44	Калита Михаил . . .	—	Laryngitis	—
45	Калита Наталья . . .	—		—
46	Калита Андрей . . .	—		—
47	Калита Мария . . .	—	Rhinit. et phar. atroph.	—
48	Черник Иван	—	„ „ „ „	—
49	Голубович Петр . . .	—	Rhinitis	—
50	Андрейчик Н. . . .	—	„	—
51	Голубович Пелаг. . .	—	„	—
52	Толкач Елизав. . . .	—		—
53	Рабченок Мария . .	—	Phar. sicca	—
54	Андрийчик И. . . .	—	Rhinitis et pharyngitis	—
55	Черник Прасковья . .	—		—
56	Голубович Петр . . .	—		—
57	Ситник Алекс. . . .	—	Rhinitis atroph.	—
58	Андрейчик Вас. . . .	—	„ cat.	—
59	Черник Христ. . . .	—		—

В качестве контроля служило еще 10 сывороток из Вассермановской постановки. Все эти сыворотки с культурой палочки риносклеромы дали отрицательный результат реакции связывания комплемента.

Затем 4-й опыт был частично повторен таким образом, что положительно реагировавшие сыворотки были еше раз смешаны с пал. склеромы и, кроме того, с пал. озены и палочкой Фридлендера. Затем в ту же постановку вошла одна сыворотка с диагнозом tbc nasi и три сыворотки из последней Вассермановской постановки.

Таблица 8

№	сывор.	Реакция связ. компл. с пал. склеромы	Реакция связ. компл. с палочк. озены	Реакция связ. компл. с палочк. Фридлендера.
60	(№ 22)	+++	—	—
61	(№ 37)	++++	—	—
62	(№ 33)	+++	—	—
63	(№ 42)	+++	—	—
64	(№ 21)	++++	—	—
65	норм. VI	—	—	—
66	лечен. сифилит.	—	—	—
67	норм. VII	—	—	—
68	норм. VIII	—	—	—

В пятый опыт вошли две сыворотки с клиническим диагнозом склерома, затем одна сыворотка мужа больной склеромой и десять контролей.

Таблица 9.

№	ФАМИЛИЯ.	Реакция св. компл. с бац. склеромы.	Реакция Вассерм.	Клиническ. диагноз
69	Макаревич Федора	++++	—	Skleroma laryngis.
70	Макаревич Савва (муж)	—	—	—
71	Цвирко Любовь	++++	—	Skleroma
72	Контроль из Васcерм. постановки 6365	—	—	—
73	Тоже № 6346	—	—	—
74	„ „ 6330	—	—	—
75	„ „ 6372	—	++++	—
76	„ „ 6313	—	++++	
77	„ „ 6319	—	—	—
78	Тоже Вассемановск. пост 6354	—	—	—
79	„ м. 1	—	++++	
80	„ м. 2	—	++++	
81	„ 6360	—	++++	

Затем №№ 69 и 71 были еще раз поставлены по количественному методу Каупа, причем в обоих случаях получалась задержка гемолиза с одной и несколькими единицами комплемента.

Материалом для шестой постановки служили сыворотки, взятые у крестьян деревень Кобыличи и Хозянинки. В одной из этих деревень умерли незадолго до того 2 крестьянки, лечившиеся в ушном отделении больницы по поводу риносклеромы. Кроме того в ту же постановку были включены сыворотки двух больных с клиническим диагнозом склеромы. Всего было исследовано 29 сывороток. Для контроля и определения титра антигена мы пользовались сыворотками заведомо склеромных больных, ранее давших положительную реакцию. (№№ 1, 69 и 71).

Вот результаты постановки.

Таблица 10.

№	ФАМИЛИЯ	Реакция связ компл с бац. склеромы.	Клинический диагноз.
82 (1)	Гуринович . . .	+++	Skleroma
83 (69)	Макаревич Федора	++++	Skleroma laryngis
84 (71)	Цвирко Любовь .	++++	Skleroma
85	Алейчик Авдотья .	—	Rhin. et phar. sicca
86	Соловей Ева . .	—	„ „ atroph.
87	Бакунчик М. . .	—	„ „ „
88	Быстрик Леон . .	—	
89	Быстрик Геня . .	—	
90	Быстрик Анастасья	—	
91	Быстрик Костя . .	—	
92	Алейчик Ат. . . .	—	Rhinitis atroph.
93	Соловей Акс. . .	—	
94	Соловей П. . . .	—	
95	Соловей В. . . .	—	
96	Герман Ал. . . .	—	Rhinitis atroph.
97	Пуницкая М. . .	—	Pharyng. sicca
98	Анейчик Г. . . .	—	Rhinitis et phar. cat.
99	Курсик З. . . .	—	
100	Курсик Н. . . .	—	„ „ „
101	Курсик П. . . .	—	
102	Курсик Г.	—	
103	Курсик Игорь . .	++++	Rhinit. atroph.
104	Курсик Е. . . .	—	
105	Курсик О. . . .	—	Phar. sicca
106	Курсик Н. . . .	—	
107	Курсик С.	—	Laryng. cat.
108	Курсик С.	—	
109	Витус	—	Phar. sicca
110	Лабус	—	
111	Буландо	++++	Skleroma lar.
112	Горячко Ента . .	++++	„ nasi

Ниже представлен контроль с сыворотками из последней Вассермановской постановки.

Таблица 11

№	№ по Вассерм. по ст.	Реакция связыв. комплемента с бацил. склеромы	Реакция Вассермана
113	6553	—	—
114	6601	—	—
115	6592	—	—
116	6584	—	—
117	6572	—	++++
118	6585	—	++++
119	6583	—	—
120	6571	—	—
121	6602	—	++++
122	6587	—	—
			++++

В седьмую постановку вошла одна испытуемая сыворотка от больного Сульжиц, затем в качестве контроля сыворотка № 108 и пять нормальных сывороток.

Таблица 12

№	ФАМИЛИЯ	Реакция связ. компл. со склером. бац.	Клинич. дианоз
123	Сульжиц	++++	Skleroma
124	№ 108	++++	Skleroma lar.
125	Норм. сыв. . . .	—	
126	„	—	
127	„	—	
128	„	—	
129	„	—	

В последнем, наконец, случае мы исследовали кровь больной Копацевич и в качестве контроля служила сыворотка предыдущего больного Сульжиц, а также четыре нормальных сыворотки.

Таблица № 13.

№	ФАМИЛИЯ.	Реакция связ. компл. с пал. склеромы	Клинич. диагноз
127.	Копацевич	—	Skleroma?
128.	№ 120	++++	Skleroma
129.	Норм. сывор. 7013 . .	—	
130.	„ „ 7049 . .	—	
131.	„ „ 6999 . .	—	
132.	„ „ 7008 . .	—	

Результаты всех восьми постановок реакции связывания комплемента для диагностики риносклеромы представлены ниже: 13 случаев, где результат реакции соответствовал клиническому диагнозу и подтвержден патолого-гистологическим исследованием (5 случаев).

№	Фамилия	Реакция и связ. комп. с бац. склеромы	Клин. диагноз.	Патол. гист. исследование
1	Герман	++++	Skleroma nasi et laryngis	+
2	Желток	++++	„	+
3	Летковский	++++	Skletoma laryngis	abs.
4	Олехнович	++++	„	+
5	Катющик Ф.	++++	„	+
6	Катющик В.	++++	Skleroma nasi	abs.
7	Микульчик Наталия .	++++	Sk'eroma nasi	abs.
8	Микульчик Анастасия .	++++	Skleroma nasi et lar.	+
9	Макаревич	++++	„ laryngis	abs.
10	Цвирко	++++	Skleroma	„
11	Буландо	++++	„ lar.	„
12	Горячко	++++	Skleroma nasi	„
13	Сульжиц	++++	Skleroma	„
	1 случай где шло о дифференцировании между склеромой и люэсом:			
14	Гуринович	++++	Skleroma? Lues?	+
	1 случай где шло о дифференцировании между склеромой и туберкулезом:			
15	Викторович	++++	tbc? Skleroma?	—
	И случаи с различными другими клиническими диагнозами:			
16	Зыгмантович	++++	Rhinitis ant.	—
17	Губар	++++	Ozaena?	—
18	Онетчик Н.	++++	?	—
19	Зыгмантович А. . . .	++++	?	—
20	Курсин И.	++++	Rhinitis atroph.	—

и наконец только в одном случае (№ 127) был поставлен предположительный диагноз „Skleroma“, но реакция дала отрицательный результат. Наблюдение над этим больным продолжается.

* *
*

Таким образом, мы можем придти к заключению, что в реакции связывания комплемента (согласно описанной нами техники), мы имеем чрезвычайно важный и надежный метод для серодиагностики риносклеромы.

Перечень литературы.

Alvarez. Arch. de phys. norm. et path. 1886.
Babes und Schwimmer. In Ziemssen's Hndb. 1884.
Cornil. Progrès medical 1883, Nr. 30.
„ et Alvarez. Arch. de phys. norm. et path. 1885.
Dietrich. Zts. f. Heilk. Bd. 8. 1887.
V. Frisch. W. m. W. 1882. Nr. 32.
Goldzieher und Neuberg. Cbl. f. Bact. Bd. 51, H. 2.
Hebra. W. m. W. 1870 Nr. 1.
Кедровский в руков. Златогорова.
Klemperer und Scheier. Zts. f. kl. Med. Bd. 45, 1902.
Константинович. Virch. Arch. Bd. 167, 1902.
Mirbelli. Monatsschr. f. prakt. Derm. Bd. 12. 1889.
Mikulicz. Arch. f. Chir. Bd. 20, 1876.
Neumaun R. O. Zts. f. H. û. Inf. 1902.
Noyes. Monatsschr. f. prakt. Derm. Bd. 10 1890.
Paltauf und Eiselsberg. Fortschr. d. Med. 1886.
Павловский. Ih. med. Kongr. Berlin 1890.
Pellizarri u Babes, Hdb. Kolle-Wasserman Bd. V.
Rona. Arch. f. Derm. Bd. 49. 1900.
Степанов. Monatsschr. f. Ohrenh. 1889. Диссертация.
Unna. Histopathologie d. Hautkr. 1894.
Волкович. Cntb. f. med. Wiss. 1886, Nr. 17. Диссертация.
Жуков. Вестник ушных, носовых и горловых бол. 1910.
Тогунова и Кордатова. Арх. клин. и эксп. мед. 1922.
Гринчар и Мещерский. Berl. klin. W. 1914 № 11.
de Area Leas. Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. 1924. Bd. 90.
Kabelik. Ceśka dermat. 1923, Bd. 4.
Quast. Klin. Woch. 1924 S. 91.
Tomaśek. Cas. cès. lek. 1924 S. 707.
Soukup. Cas. cès. lek. 1925 S. 121.
Фельдман Б. Л. Белор. Мед. Мысль № 4. О распространении склеромы в Белоруссии.

Опыт диагностики экссудативного диатеза при помощи кожного раздражения и лечения проявлений его адреналином.

(Предварительное сообщение).

Ординатора Детской Клиники З. С. ЛЕВИНА.

(Директор профессор ЛЕОНОВ).

В своей 6-ти недельной работе по дому грудного ребенка мне пришлось уделить много внимания экссудативному диатезу, которым страдает значительное количество детей этого учреждения. Как справедливо отмечено многочисленными авторитетными педиатрами Германии, госпитализм накладывает известную печать на развитие ребенка в особенности в первые годы его существования. Даже самые лучшие дома Германии не могут похвалиться устойчивостью и жизнеспособностью госпитализированного ребенка. А потому и не удивительно, что при нашей бедности возможны и должны иметь место те именно инсульты, которые и выявляют этот диатез в самом раннем периоде жизни грудного ребенка. Речь идет, главным образом, о двух моментах, которые провоцируют проявления экссудативного диатеза, а именно, недостаточный уход за кожей ребенка и погрешности в диэте его.

Мои наблюдения пока охватывают 24-х детей от одного до десяти месяцев, среди которых оказались двенадцать с определенно выраженными сомптомами диатеза. Необходимо оговориться, что одна из палат под моим наблюдением была выделена специально для детей с поражением кожи. Учитывая этот момент, мы конечно не можем с определенностью утверждать, что количество экссудатиков среди детей дома грудного ребенка является подавляющим.

В кратких чертах я остановлюсь на симптоматологии выделенного и описарного Czerny диатеза, как самостоятельная аномалия конституции. Во-первых, необходимо указать, что проявление этой аномалии, главным образом на коже, распадается на первичные явления, о которых речь впереди, и последующие явления, как результат загрязнения или расчесов первичного аффекта. Самым ранним явлением у аномалейных детей, которые отмечены мною даже у одномесячного ребенка, является гнейс. Эти мелкие чешуйки грязно-серого цвета, покрывающие волосистую часть головы, расположены в большинстве случаев около лба, на сагитальной поверхности, у большого родничка. Подавляющее большинство моих случаев поражено либо этим гнейсом, либо себорройной экземой с последующими явлениями гнойных корок и мокнутия. Большинство авторов отмечают специальное расположение волос на темени в виде вихря, который мной не замечен, весьма вероятно, благодаря густоте поражения кожи головы и низко срезанным волосам. Молочный струп или Milchschorf на щеках, который особенно ярко выделяется на нежной коже пастозных детей, отмечен мною во всех случаях детей полных, у худых же я часто отмечал на коже

*) Доложено в научном Обш. Минских врачей.

лица, в особенности по близости ушей и подбородка, папулезную, в более редких случаях пустулезную сыпь. Ландкартный язык, которому Czerny придает такое диагностическое значение, я отметил всего у троих детей. Эти длинные беловатые полосы, которыми испещрен язык, местами появляются, местами исчезают для того, чтобы в скрости снова появиться. Строфулез, или как Czerny именует его пруриго, имеется почти во всех моих 12-ти случаях. Опрелость в пахах и между ножек с чрезвычайным покраснением и стойкостью, несмотря на всякие присыпки, я отметил у 9-ти детей. Импетигинозное высыпание то папулезного, то пустулезного характера, поражающие кожу сгибательных поверхностей, складок и вообще все те места, которые подвергаются наибольшему раздражению, было выражено во всех моих случаях. Что касается поражения слизистых оболочек, то оно почти у всех детей так или иначе выражено, либо частным насморком, либо фарингитом. В большинстве моих случаев в анамнезе имеется бронхит, у многих мне удалось это констатировать и в настоящее время. Увеличение лимфатических желез является всеобщим поражением, а увеличение селезенки я отметил у очень многих. Особенно характерным явлением у экссудатиков, что и подтверждается и моими наблюдениями, это значительное колебание в прибыли веса или вернее неустойчивость весовой кривой у этих детей. Это часто совпадает с диспептическими явлениями со стороны стула, но и часто без всяких уклонений со стороны последнего. Если мы отмечаем значительное колебание в прибыли веса у худых детей, то у пастозных даже и диспептический стул очень мало отражается на их весе. Индивидуальные данные мною выражены в специально приложенной таблице № 1.

Собственно говоря, вся вышеизложенная симптоматология, которую я в целях краткого изложения постарался обрисовать в общих чертах, несмотря на все многообразия и разновидности, дает всеж-таки определенную картину этой конституционной аномалии. Считая вопрос этот законченным, я не могу не остановиться на одном моменте, который является „шлягпунктом" старых авторов, отклик которого и слышался здесь при докладе о фликтенах. Это смешение понятия туберкулеза и экссудативного диатеза под старым именем золотухи или скрофулеза. Разращенные тонзиллы и в связи с этим дыхание ртом, многочисленные катарры носоглотки и дыхательных путей, увеличение миндалин и лимфатических желез на шее и, наконец, бронхиальная астма, вот собственно говоря, те моменты, которые наталкивают практического врача принять диатез за разновидность формы туберкулезного поражения. Что это не так, вы можете хотя бы убедиться из проделанных мною реакций Пирке и проверочно Гамбургера, которые во всех случаях выраженного диатеза дали отрицательный результат. Уже одно то обстоятельство, что эта аномалия предрасполагает к разным инфекциям и следовательно к туберкулезу, не дает нам права истолковывать ее как туберкулезную форму. Czerny, Красногорский, Бауер и целый ряд других крупных педиатров именно предостерегают нас от такой ошибки.

Согласившись с этим положением, мы вернемся к диагностике этого диатеза. Сама по себе диагностика экссудативного диатеза не представляет собой больших затруднений, если на-лицо имеется гнейс, молочный струп, ландкартный язык и опрелость, либо все вместе, либо один из характерных вышеуказанных симптомов ярко выражен. Приходится однако отличить экссудативный диатез от поражения кожи у атрофиков вследствие голодания. Важно также дифференцировать диатез при длительных поражениях желудочно-кишечного тракта суб'острого

типа. Ибо тут нам очень важно решить, имеем ли мы дело с грубыми погрешностями в диэте общего характера, или на-лицо имеется экссудативный диатез со всеми характерными для него желудочно-кишечными проявлениями. При грудном кормлении установить это не трудно, в особенности если имеем дело с интеллигентной матерью, которая в состоянии выполнить наши назначения. Гораздо труднее решить вопрос при смешанном или искусственном кормлении.

В данном случае я позволю себе остановить ваше внимание на проделанной мною, по предложению нашего уважаемого профессора, работе по вопросу о ранней диагностике экссудативного диатеза и постараюсь изложить как методику, так и полученный практический результат этой работы.

Как уже было отмечено мною раньше, латентная форма экссудативного диатеза может быть выявлена или спровоцирована путем раздражения кожи искусственно. В свое время Рахмилевич и Маутнер прибегали к горчичной пасте с предварительной скарификацией кожи. Moro получил удовлетворительный результат от механического раздражения при помощи борчика Пирке. Tauchener прибегал к настойке Arnicae. Все они подтверждают, что этим путем им удалось выявить чувствительность кожи к раздражениям и тем самым установить недостаточно типичную форму экссудативного диатеза. Все эти методы, против которых нельзя по существу возразить, однако вызывают слишком большое раздражение и мы не гарантированы, что они не могут повести к тем самым результатам, которые отмечаются у экссудатиков после привития оспы, т. е. к распространению экзематозных явлений. По мысли Красногорского наш профессор модифицировал этот метод в смысле замены его таким фармакологическим веществом, который оказался бы менее чувствительным, но в то же самое время довольно демонстративным в смысле кожных проявлений. Карболка, как известно, является некоторым образом болеутоляющим средством, но в тоже самое время оставляет довольно яркое пятно на коже. Чем кожа чувствительнее, тем и реакция становится более очевидной. Должен однако отметить, что для того, чтобы получить правильное представление и удовлетворительные результаты, необходимо держаться определенной точности и аккуратности в смысле выполнения всей техники.

В нашей работе употреблялось 3 проц., 5 проц., $7^1/_2$ проц. и 10 проц. карболки, а в качестве контроля применялась дестиллированная вода. 10 проц. карболка растворяется не полностью, а потому перед каждым применением приходится взбалтывать. Капли наносились из тоненьких капиллярных стеклянных трубочек одинаковой длины и диаметра, при чем я старался наносить одинаковые по величине капли. Местом применения карболки служило либо наружная поверхность бедра, либо область живота. Эти участки кожи были избраны нами потому, что, во-первых, они более или менее всегда свободны от поражений, а во-вторых потому, что, будучи в достаточной степени обширны, они дают возможность легко маневрировать в том или другом направлении.

В первую очередь я убедился, что наносимые капли разной концентрации карболки должны быть одинаковой величины. Весьма существенным является наличие среди испытуемых детей хотя бы одного ребенка с яркими проявлениями экссудативного диатеза. Последний дает возможность для сравнения и является как бы контролем

для нашего суждения о полученных результатах. Таким образом нам удалось с уверенностью отметить, что являлось отрицательной, умереной и ясно выраженой реакцией.

Полученный мною эффект расценивался с двух точек зрения. Во-первых, принималось во внимание интенсивность и размеры реактивного кожного эффекта, а во-вторых, длительность его. Кожные явления мною отмечались каждые 15-30 минут в течение трех часов или до полного их исчезновения. У некоторых особо ярко выраженных экссудатиков получалась папула, у других кожная эритема, которая держалась и в последующие сутки. Очень часто эритема исчезала в течение часа—полутора после накапывания карболки. Характер реакции выражался в появлении эритоматозной папулы, ярко красного цвета величиной от 2-х до 15 миллиметров в длину и ширину. В отрицательных случаях слабые растворы не давали никакого эффекта, более же крепкие растворы давали эритематозное слабо окрашенное пятно, которое даже после 10 проц. карболки исчезало через час—полтора, а в некоторых случаях в более короткий срок.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что положительной реакцией являются случаи, где размеры папулезной эритемы удовлетворяли вышеуказанным требованиям, т. е. было наличие папулы интенсивно окрашенное и длительно державшееся. Из 12-ти резко выраженных экссудатиков реакция оказалась отрицательной только в одном случае. Что же касается детей, у которых клинически экссудативный диатез не определялся, из них у двух реакция была слабо положительная, а у одного резко положительная.

Изучая сущность патогинеза экссудативного диатеза, мы приходим к целому ряду выдвинутых разными авторами гипотез. И неудивительно, что при такой разновидности трудно себе уяснить генез этого диатеза. Та точка зрения, что в основе экссудативного диатеза лежит вполне определенное расстройство обмена веществ, которое находит свое выражение в ненормальном химизме подкожно-соединительной ткани и в слизистых оболочках, ничего кроме конкретизации самого факта определенного не выяснила. Выносливость к различным компонентам пищи, как жиры, углеводы, белки, соли, не во всех случаях проявляется одинаково. Далеко не окончательно установлен вопрос относительно недостаточности водного обмена. Все изыскания в этой области нарушения обмена веществ, как они не привлекательны своею простотой, все же недостаточно доказаны, чтобы можно было принять без всяких возражений. Пока на первом плане стоит гипотеза, которая ставит экссудативный диатез в зависимости от врожденного унаследованного дефекта в химизме организма, главным образом в тканях, допускающих большое колебание в содержании воды. Тканевая жидкость, которая и в норме выступает при раздражениях и повреждениях кожи и слизистых оболочек, при экссудативном диатезе дает известное отступление. Количество тканевой жидкости сильно увеличено, свертывание замедлено. Замечается наклонность к образованию корок; вследствие раз'едающего аггрессивного действия выпота получается и увеличение дефекта кожи, выражающееся в гнейсе, молочном струпе и т. д. Первичные явления вследствие зуда и расчесов и следовательно и присутствие инфекции ведет к образованию экзематозных поражений, как вторичному явлению. Вот в сущности говоря, картина этой аномалии в освещении Czerny. Имеется однако попытка и другого подхода, которая послужила целью к моей дальнейшей разработке вопроса, на котором мы сейчас остановимся.

Изучая свойства вегетативной или, как некоторые авторы именуют, автономной нервной системы при помощи элективно действующих фармакологических веществ, удалось установить, что некоторые из них оказывают свое влияние почти исключительно на симпатическую нервную систему (его узлы и разветвления Plexus solar), а некоторые из них исключительно на парасимпатическую систему, т. е. ветви вагуса. Согласно учения Epinger и Hiss рецептивная субстанция парасимпатических нервов, находясь под определенным воздействием холина, мускарина и пилокарпина, дает следующий эффект: все секреторные элементы приходят в состояние возбуждения, вызывая слезо—и слюнотечение. Мышечная стенка желудка кишек и бронхов приобретает повышенный тонус. Кроме того эндотелиальная часть кровеносных сосудов, а главным образом капилляров, являющаяся секреторным элементом при раздражении парасимпатического нерва, отвечает повышением продукции тканевой жидкости, обусловливающий следовательно пропотевание и отек. С другой стороны раздражение симпатического нерва и следовательно его рецептивной субстанции посредством адреналина вызывает обратный эффект в смысле прекращения деятельности секреции и повышения кровяного давления. Почти такой же эффект получается после применения атропина, который действует депрессивным образом на vagus и тем самым повышает деятельность его антагониста sympaticus, вызывая сухость во рту, расширение зрачков и учащение сердцебиений.

При анализе этих фактов невольно напрашивается аналогия, существующая между симптомами ваготонии и экссудативным диатезом и отсюда следовательно вывод: не является ли экссудативный диатез следствием усиленной деятельности вагуса, или недостаточной деятельности его антагониста симпатикуса.

Опыты Красногорского, Мочанова, а также и наши личные наблюдения в детской клинике показали на преобладание ваготонии у детей, как грудного, так и последующего возраста. В особенности это сказывается при экссудативном диатезе. Одним из самых важных доказательств существования ваготонии помимо всего того, что было мною указано выше, является красный дермографизм, который выступает через 10—20 секунд яркими полосами и держится довольно долго на теле экссудативного ребенка. Я не буду долго останавливаться на этом факторе, так как вопрос этот подлежит дальнейшей обработке

В настоящий момент я бы хотел остановиться на работе профессора Красногорского, который, основываясь на эффекте, полученном им от применения атропина у экссудатиков с хорошим результатом у 5-ти больных, выводит об'яснение патогенеза эксудативного диатеза, как следствие ваготонии. Так как количество описанных им случаев немногочисленны, я с целью дополнения его опытов стал пробовать действие адреналина, который согласно вышенамеченного нами предположения должен привести к тому же самому эффекту, но только с другой стороны. И в самом деле, если мы допускаем, что один из самых важных этиологических моментов экссудативного диатеза является гиперфункция парасимпатической системы, то неизбежным следствием ваготонии должно явиться гипофункция симпатикуса. С этой целью мною было проведено впрыскивание адреналина под кожу 12 экссудатикам с целью возбуждения симпатической системы в противовес существующей ваготонии. Полученный мною эффект у некоторых детей был прямо поразителен, у других же довольно поощряющий. Эффект этот выражается в следующем: воспалительная краснота и экссудация прекратилась, кожа постепенно стала бледнеть, корки подсыхали

и стали спадать. При повторном вливании через несколько дней общее состояние ребенка значительно улучшилось, сон стал спокойнее, очевидно, уменьшился значительно зуд. У многих детей корки хотя и присыхали, но долго не сваливались, пришлось прибегнуть к повторным впрыскиваниям адреналина и применению жирового компресса для смягчения корок, после чего и у них оказалось заметное улучшение.

Техника применения адреналина довольно простая. Мною проводились впрыскивания 1:1000 либо свеже приготовленного раствора адреналина, либо на стерилизованном физиологическом растворе, либо готового адреналина той же концентрации. Применяемая мною разовая доза было 0,25-0,30, грм., которая впрыскивалась под кожу рекордовским шприцем. Повторные впрыскивания делались с промежутком через несколько дней. За ребенком было установлено тщательное наблюдение. При чем по доступным мне методам исследования мне не удалось установить какой либо токсический эффект адреналина, что и подействовало поощряющим образом на дальнейшее его применение.

Остановимся вкратце на физиологическом действии адреналина по тем источникам, которые оказались доступным мне для ознакомления.

Адреналин, как известно, является гормоном внутренней секреции надпочечников, при чем супраренальная вена является как бы выводным протоком этого гормона в кровеносную систему. Надпочечники морфологически состоят из коркового наружного слоя и мозгового внутреннего слоя. Последний выделяет этот гормон. Мозговой слой достигает своего полного развития только к концу 1-го, часто 2-3-го года жизни и достигает размеров коркового слоя только к половой зрелости. Новейшие исследования показали, что содержание адреналина в обоих надпочечниках равняется 1,52 млгр. в возрасте от 0-10 лет и 4,22 млгр. в возрасте от 10-80 лет. Исследования эти были установлены по методу Шморля на 517 случаев. Самой важной функцией в внутренней секреции адреналина является поддержание и урегулирование иннервации в области симпатической нервной системы. Следовательно, в адреналовой системе проявляется *генетическое родство с симпатической нервной системой.* Важное значение симпатической нервной системы выявляется в тоническом возбуждении сосудов и сердца, далее в тонической иннервации всех вегетативных органов, выражающейся то в форме возбуждения, то в виде торможения. Симпатическая нервная система является главным регулятором сахарного тонуса в циркулирующей крови и тем самым оказывает определенное влияние на углеводный обмен. Судя по новейшим наблюдениям, предполагается, что симпатический нерв может оказать известное влияние на белковый и солевой обмен, а также на состав крови. Действие адреналина на кровь выражается в увеличении количества эритроцитов с под'емом в содержании гемоглобина. Лейкоцитоз увеличивается за счет нейтрофилов с уменьшением количества эозинофилов и мононуклеаров, почему некоторыми авторами называется „блут аусбильдер“.

Токсический эффект адреналина больше проявляется при внутри венном вливании, нежели при подкожном впрыскивании. Это об'ясняется неполным использованием всего впрыснутого материала из-за сокращения сосудов.

Вот, в сущности говоря, та научная подкладка, на которой должен базироваться эффект адреналина.

Должен оговориться, что я отнюдь не считаю данный свой опыт полным успехом. Техника вливания еще недостаточно обработана и уточнена в смысле дозировки и частоты применения. Не изучен еще точным образом вопрос побочных влияний адреналина. Все это пока

находится в стадии дальнейшей проверки и разработки. С несомненностью однако можно подтвердить, что адреналин может играть значительную роль в лечении экссудативного диатеза и что гипофункция симпатической нервной системы так или иначе имеет значение в патогенезе этой аномалии конституции.

Обращая внимание на проделанный мною опыт, я хочу думать, что мое сообщение послужит стимулом для дальнейшей проверки сообщенных мною фактов и тем самым приведет к расширению и углублению этой чрезвычайно интересной проблемы, которая играет такую значительную роль в жизни грудного ребенка.

Я умышленно опустил весь диэтетический вопрос экссудативного диатеза, так как он мною не был учитываем при опыте. Грудные дети были оставлены на той же самой диэте, которая практиковалась до применения адреналина. Это было сделано с целью ознакомления чистым эффектом адреналина, без всяких побочных вмешательств со стороны диэты. Считаю однако важным указать на диэтетическое лечение Czerny, которое состоит в введении в пищу грудного ребенка углеводов и овощей в ущерб жирам.

У пастозных детей Ker, Moro и Finkelstein отмечают улучшение экссудатиков при диэте, рассчитанной на падение веса. Birke и Langstein указывают, что далеко не во всех случаях экземы подаются диэтетическому лечению и, что если убыль веса в одних случаях дает улучшения, то в других экзема проходила и при наростани веса ребенка. Со своей стороны я должен отметить, что после применения адреналина наряду с улучшением экзематозной сыпи в некоторых случаях шло наростание веса, без вредного влияния на состояние ребенка.

Фиксируя вкратце все вышеизложенное, мы приходим к следующим выводам:

1. Применение Ac. carbol. может служит весьма ценным вспомогательным средством при распозновании скрытых форм экссудативного диатеза.

2. Вегетативная нервная система является одним из важных факторов в патогенезе экссудативного диатеза.

3. Применение адреналина дает хороший результат у экссудатиков.

К концу моего предварительного сообщения я хотел только указать, что условия дома грудного ребенка далеко неподходящи для научно-клинической работы. В дальнейших исследованиях придется остановиться на целом ряде подсобных, но весьма ценных опытов, которые бы явились подтверждением и проверкой основного момента. Так например, я считал бы весьма важным установить влияние адреналина на эозинофилию крови, которая сопутствует экссудативному диатезу, а также на выносливость к углеводам, что не удалось провести при наличных условиях. Не лишним я считаю проверку наличия красного дермографизма на более многочисленном количестве случаев.

В заключение я выражаю признательность и благодарность уважаемому профессору В. А. Леонову за данную тему и руководство в работе, а также врачу дома грудного ребенка Сироткиной за оказанную мне помощь.

ЛИТЕРАТУРА.

L. Langstein und L. Meyer—Вскармливание и обмен веществ в грудном возрасте—1923 г., Bendik—Учебник детских болезней 1924 г. Маслов.—Учение о конституциях и аномалиях конституции в детском возрасте, 1924 г. Лившиц.—Учение о конституциях человека, 1924 г.

Таблица № 1.

Имя и Фамилия	Общие сведения			Проявление экссудативного диатеза					Туберк. реакция	
	Возраст	Вес	Питание	Гнейс	Молочный струп	Строфул	Ландкартный язык	Катарр слизистых путей	Пирке	Гамбургер
Кананович Михаил	7 мес.	8200 g.	Смешанное	+++ Eczema	+++	+	—	Имеется в анамнезе	—	—
Эгенстова Галина	6 м. 2 н.	6750	Смешанное	+++ Eczema	—	++	++	Мыльный стул	—	—
Тереза	3 м. 2 н.	3630 g.	Грудное	++	—	+++	—	Хроническ бронхит	—	—
Цигло Тамара	5 мес.	5460	Смешанное	+++ Eczema	++	+++ intertrigo	++	Частый слизист. стул	—	—
Вайштейн	12 м. 3 н.	4650	Смешанное	—	—	++	—	Катарр легких	++	++
Двоскин Леонид	6 мес.		Смешанное	Eczema	—	++	+		—	—
Рыкова Нинелла	2 мес.	3770	Смешанное	++ Eczema	—	++++	—	Неустойчив. стул	—	—
Одинец Галя	5 мес.	1800 g.	Грудное	++	—	++	—	Имеется в анамнезе	—	—
Соколовская Люба	10 м. 1 н.	7610	Смешанное	—	—	—	—	—	—	—
Сергеев Бора	8 м. 3 н.	6700	Смешанное	+	—	опрелость	—	Частые поносы, иногда рвоты	—	—
Ким	3 м. 1 н.	3670	Грудное	+++	++	++	—	—	—	—
Анушка	2 мес.	4860	Смешанное	+++	+++	++	—	Неустойчивый стул	—	—
Василевич Надя	5 м. 1 н.	6720	Смешанное	+++	++++	—	—	Бронхит в анамнезе насморк	—	—
Павлюкевич Надя	3 м. 1 н	3450	Грудное	+++	—	+++	—	Бронхит	—	—
Пренс Нинель	11 м. 1 н.	6180	Смешанное	—	—	—	—	Частый понос	+++	+
Микульская Вера	11 м. 1 н	8050	Смешанное	—	—	—	—	—	—	—
Фалько Эдуард	4 м. 1 н.	5150	Грудь прикар. 3	—	—	—	—	—	—	—
Александрова Нина	10 м. 1 н.	7090	Смешанное	—	—	—	—	Неустойчивый стул	—	—
Лифшиц Дора	7 м. 3 н.	6670	Смешанное	—	—	—	—	Понос и рвоты	++	+

Маслов.—Лечение экземы—Вр. газ. 1925 г. Periц.—Введение в клинику внутренних секреций, 1924 I. Bayer—Die konstitutionelle Vererbniss, 1924.

Красногорский.—Экссудативный диатез и его лечение—1916 г. Красногорский—Exsudative Diathese und Vagotonie. Monatschrift f. Kinder heilkunde Bd. XII № 31 913 г.

Rachmilewitsch—Hautreaction von Kindern mit exudativer Diathese. Jarbuch f. Kind Band 77 H 2. 1913 г.

Czerny. Die xudat. Diathese, Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 71. 1905 г

Таблица №. 2.

Подкожное впрыскивание адреналина.

Имя и фамилия	Подкожное впрыскиван.		Общая реакция	Полученный эффект.	
	Колич.	Доза		Местный	Общий
1. Цыгла Тамара	5 раз.	0,3	Учащен. пульс	Исчезновение экземы	Улучщен. полное
2. Кононович Михаил	6 „	0,3	Никаких явлений	Полное излечение	Полный
3. Эгенстова Галя	4 „	0,25	Тахикардия	Значительное улучш.	Установл. стул
4. Сергеев Боря	3 „	0,30	Никаких явлений	Опрелость уменьшилась	Прибыл в весе
5. Одынец Галя	5 „	0,25	Тахикард.	Экзема уменьшилась	Спокойн. отсут. зуда
6. Рыкова Нинелла	5 „	0,25	Никак. явл.	Экзема исчезла	Полный
7. Василевич Надя	5 „	0,30	„ „	„ уменьшилась	Сон улучшился
8. Ким	3 „	0,25	„ „	„ „	Приб. вес
9. Тереза	4 „	0,25	Тахикард.	Назначит. улучшен.	„
10. Аннущка	4 „	0,25	Никак. явл.	Полное излечение	Отсут. зуда приб. веса
11. Павлюкевич Н.	4 „	0,25	„ „	Слабое улучщение	„
12. Двоскин Леня	4 „	0,25	„ „	Экзема исчезла	Полный

К учению о diabetes insipidus с описанием 2-х случаев.

Ассистента Детской Клиники Белор. Госуд. Университета
К. Ф. ПОПОВА.

(Директор Клиники Проф. В. А. Леонов).

Патология diab. insipidus досего времени составляет предмет многочисленных клинических и экспериментальных работ, как у нас, так и на Западе. До сего времени еще точно не установлен патогенез настоящего заболевания, все попытки разрешить его вращаются в сфере предположений, самых разнообразных, подчас противоречащих друг другу. Все это указывает на то, что механизм заболевания не так прост и требует всестороннего изучения, наблюдения и опыта. А потому каждый новый описанный случай, каждое новое наблюдение весьма ценно и должно быть трактуемо, как попытка ближе подойти к патогенезу diabetes insipidus. В нашей детской клинике Б.Г.У. этому вопросу отведено большое место, что дает нам возможность привести и свои наблюдения и свои выводы.

Хотя эта болезнь встречается в общем редко, но в детском возрасте, особенно во вторую половину его, она встречается относительно часто. Интересно отметить, что это заболевание сплошь и рядом наследственно повторяется в целом ряде поколений одного и того же рода. Так Weil описывает из 220 предков, 35 случаев, страдавших несахарным мочеизнурением; Lacombe—из 59 человек одного рода были обнаружены больные d. insipidus—мать, два брата ее и двое детей брата; Pain из 10 человек—в 3-х поколениях обнаружил 7 случаев с d. insipidus, Gee из 22-х случаев одного рода обнаружил 10 случаев больных этой болезнью. Все указанные лица жили очень долгое время, что дало повод Бауеру говорить о d. insipidus, как об аномалии конституции.

Это заболевание характеризуется тем, что почки, в отсутствии каких-либо анатомических изменений теряют способность концентрировать мочу, причем в моче никаких патологических продуктов не обнаруживается, а об'ективно на первый план выступает полиурия и уже вторично полидипсия.

Указанная полиурия, помимо d. insipidus, может встречаться и при других заболеваниях, из которых можно упомянуть: полиурия при сморщенной почке, полиурия на почве истерии, полиурия и полидипсия, как следствие предшествующих психических травм и психической индукции, полиурия при d. mellitus, затем полиурия является иногда единственным признаком длительного раздражения почечной лоханки; наблюдается часто при заболеваниях мочевого пузыря и простаты; непродолжительная наблюдается в периоде выздоровления после инфекционных заболеваний, а также на почве привыкания к приемам больших количеств

жидкости. Совсем особо стоит полиурия, развивающаяся на почве заболевания мозгового придатка и прилегающих к нему областей Hupothalamus'a.

На основании многочисленных экспериментов, надо признать окончательно установленным, что d. insipidus имеет отношение к заболеванию мозгового придатка, тем более, что этим еще не отвергается возможность появления d. insipidus и при других органических заболеваниях области Hypothalamus'a. До сего времени еще не разрешен вопрос, какую роль играет в возникновении этого заболевания tuber cinereum и другие области Hypothalamus'a, присуще ли каждой из них в отдельности способность вызывать известный симптомокомплекс d. insipidus, что из них играет первенствующую роль в возникновении его, или быть может указанный симптомокомплекс развивается в совокупности действия их.

Мы не будем касаться в этой работе всех причин возникновения полиурии при указанных выше заболеваниях, но они во всяком случае при постановке диагноза всегда должны быть учтены. Остановимся только на полиурии, возникающих на почве психических травм и моментов, а также психических индукций. Одно время долго существовало предположение, на основании существующих наблюдений над психическими больными, что diab. insipidus сплошь и рядом является симптомом психоза (W. Reichard). Кроме того описан случай (Zondeck) с одним мальчиком 13-ти лет, который страдал сильной полиурией и полидипсией и выделял до 8-ми литров жидкости, только благодаря тому, что перенял эту привычку у своего школьного товарища и который также скоро излечился, когда по отношению к нему были приняты соответствующие и воспитательные воздействия. Все эти случаи не могут быть отнесены к настоящему d. insipidus, все они всегда носят случайный характер и при устранении причин или при соответствующем воздействии легко проходят. Таких случаев описано очень много, но не о них идет речь, их только, еще раз повторяем, всегда надо учитывать. Картина же длительного настоящего d. insipidus безусловно связана с органическим или функциональным поражением промежуточного мозга, области Hypothalamus'a и в частности заболевания t. cinereum и Hypophysis'a.

Но и здесь существует еще много неясного и неустановленного одни авторы склоняются к тому, что главное участие в развитии d. insipidus принимает Hypothalamus, другие связывают его с поражением tub. cinereum и мостом, лежащим вблизи его, уколом в который можно вызвать указанный симптомокомплекс. В чем тут дело, заложены ли в tub. cinereum секреторные центры гипофиза или же гипофиз гормонами своими активизирует аппараты t. cinereum через infundibulum, до сего времени является невыясненным (E. Krauss и Cucshig,) Во всяком случае нельзя отрицать возможности чистого гипофизарного d. insipidus также, как нельзя отрицать и d. insipidus, развивающегося на почве повреждения tub. cinereum. В пользу того и другого приводятся многочисленные наблюдения. Simmons показал, что гипофиз является очень часто местом метастазов раковых опухолей, особенно часто, после операции удаления пораженной раком грудной железы, что подтверждалось последующим вскрытием и нахождением метастаза рака в задней доле гипофиза. Описан случай Domagk'ом, когда после операции удаления рака правого легкого развилась незадолго до смерти картина настоящего d. insipidus и на аутопсии был найден метастаз в infundibulum

задней доли гипофиза, препятствующий оттоку секрета задней доли гипофиза. Но наряду с этими наблюдениями существуют и другие (случай Гринштейна), когда d. insipidus развился у одной женщины, которая ударом пилы была отброшена на землю и, ударившись головой, получила в результате поражение основания мозга и в итоге развившуюся картину d. insipidus. Одновременно с этими явлениями обнаруживались у нее и другие симптомы, указывающие на поражение ряда черепных нервов: неравномерность зрачков, косоглазие, диплопия, концентрическое сужение поля зрения и др. Все эти явления с большой достоверностью говорят о повреждении t. cinereum, так как при переломах этот участок основания мозга обыкновенно больше страдает гипофиз же обычно не затрагивается.

С другой стороны описаны случаи diab. insipidus, где при вскрытии не было найдено решительно никаких изменений в гипофизе, что дало основание некоторым, как, например, Leschke, высказаться против гипофизарной теории несахарного мочеизнурения. По Bayer'у и Aschnr d.insipidus может быть вызван первичным изменением в области нервных центров в промежуточном мозге, в четвертом желудочке, и это они признают самой частой причиной diabetes insipidus. Эти же авторы указывают, что раздражением кортикального чувствительного центра жажды, расположенного в tub. cinererm, и субкортикального центра полиурии, в области Hypothalamus'а может быть вызван синдром d. isipidus'a. Будет-ли это раздражение физическое или же психогенное—во всяком случае они часто наблюдали типичную картину d. insipidus'a. Роль же гипофиза они считают недоказанной.

Ferranini же приводит точное анатомическое и клиническое описание 14-ти летнего мальчика с общим соматическим недоразвитием, с отсталостью в половом развитии и нормальным мышлением. Этот случай описан им как гипофизарный инфантилизм, при чем наблюдение над обменом веществ, главным образом воды и соли, показало развитой настоящий d. insipidus, который заметно улучшался под влиянием впрыскивания препаратов задней доли гипофиза. Штраус и Кюльц также отмечают у больных с несахарным изнурением некоторые пороки развития, как инфантилизм и гипоплязию полового аппарата что также указывает на заболевание гипофиза.

Говорят ли все эти факты против той или другой теории? Безусловно надо признать, что существуют обе формы diabetes insipidus'а и гипофизарные и центрального происхождения, которые подчас очень трудно бывает разграничить. Прежде чем указать те или иные области в центральной нервной системе, поражение которых может вызвать симптомокомплекс d. insipidus. коснемся вкратце анатомического строения области Hypotalamus'a. Под областью Hypotalamus'a подразумевается область, расположенная между tractus opticus с одной стороны и pedunc. cerebri с другой. Самое центральное место этой области занимает tub. cinereum, связанный с гипофизом, точнее с задней долей его, воронкообразным выпячиванием дна третьего желудочка—infundibulum. В t. cinereum прилегающей части Hypothalamus'a сосредоточены все центры обмена: белкового, углеводного, жирового, солевого и проч. Помимо этого t. cinereum играет немалую роль в водном обмене. Водный обмен регулируется прежде всего центром, расположенным на дне четвертого желудочка, лятерально от Cl.-Bernard. укола. Затем в литературе описаны еще центры в области Hypathalamus'a и опухоли их дают часто картину d. insipidus. Leschke обнаружил это в ряде случаев, когда гипофиз был не поврежден.

Целым рядом опытов Erdheim'a, Leschke, Camus'a, Roussy, Bailey и Berger'a доказано участие tub. cinereum в водном обмене, подтверждением чего находим и совершенно нормальный гипофиз и болезненные процессы в t. cinereum. Точная же локализация этих центров, участвующих в водном обмене, еще не установлена, хотя Roussy указывает на большое значение в развитии d. insipidus на фронтальные стделы t. cinereum, а Lewy на gl. parahypophysis. Кроме того, существует предположение, что серый бугор имеет связь с другими железами внутренней секреции, с гипофизом в том смысле, что он посылает в него инкреты-гормоны и, следовательно, при заболевании гипофиза может быть вызван синдром выпадения функции tub. cinereum и может развиться симптомокомплекс настоящего d. insipidus'a. Что же касается самого гипофиза в участии его в картине d. insipidus'a, то здесь прежде всего необходимо указать различный характер строения и различные функции его долей, передней и задней и p. intermedia. Известно, что развитие их в утробной жизни идет различными путями: передняя доля—есть чисто железистый орган, развивающийся из эпителия эмбриональной полости глотки, задняя—p. intermedia—образование нервной ткани из выпячивания дна третьего желудочка мозга. Infundib. есть образование также дна третьего желудочка из области tub. cinereum, с которым она имеет тесную связь также, как и с задней, вернее p. intermedia гипофиза

Необходимо упомянуть еще о добавочных долях гипофиза (parahyporrysis), расположенных на базальной поверхности его, на середине между гипофизом и двумя слоями твердой мозговой оболочки, с собственными сосудами. Другие добавочные гипофизы расположены по пути к месту движения эмбриональной передней доли, от полости глотки до турецкого седла. Такие добавочные гипофизы нашли Erdheim. Ciwalleri, Haberfeld, на своде глотки у большинства вскрытых им людей. Тот же Erdheim, в одном случае акромегалии нашел опухоль, расположенную как раз под турецким седлом. Леви же прямо указывает, что полиурия сплошь и рядом может быть вызвана поражением gl. parahypophysis. В связи с этими морфологически и генетически различными частями гипофиза различны и их функциональные свойства и при дифференцировании диагностики заболевании его необходимо учитывать не только функциональные свойства частей гипофиза, но также необходимо должное внимание обратить и на добавочные дольки гипофиза. Мы коснемся различия функциональных свойств частей гипофиза только в рамках интересующего нас d. insipidus, оставив в стороне все другие симптомы нарушения его функции.

Целым рядом работ доказано диаметрально противоположные функциональные свойства передней и задней доли гипофиза в обмене воды, и различие это сводится к тому, что передняя доля способствует диурезу, а задняя тормозит его. И вот в связи с заболеванием той или иной доли его мы и будем иметь симптомокомплекс интересующего нас заболевания. Тут могут быть две возможности к возникновению его: или мы будем иметь гиперфункцию передней доли или гипофункцию задней. В литературе действительно описаны случаи d. insipidus'a при заболевании акромегалией, являющейся результатом гиперфункции передней доли гипофиза. Другой пример, доказывающий эту противоположную функцию частей гипофиза на водный обмен, виден из опытов Hann'a, который наблюдал d. insipidus при разрушении задней доли, а также наблюдал и исчезновение его, когда процесс распространился на переднюю его долю. Это же об'яснение подтверждает, на первый взгляд парадоксальный факт, отсутствие полиурии при полном разру-

шении гипофиза (Jalobi). Во всяком случае приписать безапелляционно возникновению d. insipidus только задней доле гипофиза, по последним данным нашей и западно-европейской литературы—нельзя.

Так Maranon приводит свои наблюдения над изменениями задней доли, в смысле понижения ее функции при insipidus, но все же он не отрицает влияния и нервных центров. Он из 51 случаев insipidus мог диагностицировать изменения задней доли гипофиза и постоянное, хотя и переходящее исцеление полиурии при посредстве ин'екции экстракта задней доли гипофиза, что являлось для него большим аргументом для Hypopituitarism'a и это он об'ясняет не только фармокологическим эффектом. Признавая это, он все ж таки не исключает возможности участия и других нервных полиурических центров.

Альперн в своем докладе о влиянии промежуточного мозга на диурез воды склоняется к тому, что чисто гипофизарная теория d. insipidus'a все больше и больше уступает место промежуточному мозгу. Он приводит пример, что осторожное удаление задней доли гипофиза не вызывает существенного влияния на диурез, но когда при операции задевалась нижележащая часть tub. cinereum, то наступала полиурия и полидипсия. Единичное же поражение t. cinereum вызывало диурез, в смысле повышения его и это указывает на то, что причину d. insipidus'a можно искать также и в промежуточном мозге. Тот же Альперн считает, что теория гипофизарного d. insipidus'a не есть первенствующая и должно большее внимание уделить промежуточному мозгу. Тут же он приводит еще две теории, из которых одна видит первичную картину болезни в повреждении функции почек, быть может центрального происхождения, а по другой—d. insipidus вызывается нарушением промежуточного обмена веществ, воды и соли в организме, хотя доказательств он этому не приводит, а делает вывод, что причину идиопатического d. insipidus'a можно искать также в промежуточном мозге.

Как видно из всего сказанного выше, патогенез заболевания еще далеко не установлен. Существует много сторонников, как гипофизарного происхождения, так и происхождения на почве повреждения нервных центров промежуточного мозга, однако это нам не дает повод исключить то или другое. Во всяком случае надо признать, что d. insipidus есть заболевание чрезвычайно сложное, в основе которого лежит нарушение экономики в организме жидких и твердых частей, и гормональное воздействие занимает здесь первое место.

Помимо указанных выше симптомов, характеризующих d. insipidus, как сложное нарушение функции гипофиза и нервных центров Hypothalamus'a, необходимо отметить еще и другие симптомы его—это характерный habitus больных: сплошь и рядом они поражают нас своей худобой, сухой, иногда шелушащейся кожей, наклонностью к запорам, что указывает прежде всего на обеднение организма водой. Вместе с большими потерями воды теряется большое количество азота и солей, что и служит причиной задержки роста. Мы теперь уже точно знаем, что обмен воды не есть какое нибудь чисто физическое явление; физиологами окончательно установлено, что процессы эти очень сложны. Связывание воды и содержание ее в тканях стоит в тесной зависимости от содержания неорганических солей, концентрации ионов и действия инкреторных желез, а потому становится понятным, насколько расстройства инкреторных корреляций могут отразиться на водном обмене. При d. insipidus гормональное влияние на водный обмен неоспоримо. По мнению Российского, экстракты из задней доли гипофиза задерживают

в организме как воду, так и соли; при выпадении же функции задней доли, как это иногда наблюдается при d. insipidus, прежде всего имеет место потеря солей, что и играет главную роль в нарушении коллоидного состояния организма, которое и лежит в основе болезни. По Meyer'y u Meyer'y Bisch'y d. insipidus надо рассматривать как состояние, при котором из тканей в кровь и из крови в почку движется непрерывно большое количество раствора соли малой концентрации, следовательно, патогенез страдания состоит в изменении физико-химических свойств клеток и жидких частей организма, от которых и зависит движение и распределение их. По Starlons'y при d. insipidus вода не вступает в связь с белками и покидает организм. Он указал на способность плазматических белков связывать воду, для обмена жидкости между кровью и тканями и для фильтрации через гломерулы. Почки при d. insipidus не обнаруживают никаких соматических повреждений, а неспособность их концентрировать и задерживать мочу стоит в связи с нарушением гормонального регуляторного аппарата, влияющего на их секреторную работу. Доказательством этого служит то, что даже перерезка почечных нервов не влияет на антидиуретическое действие экстрактов задней доли. Экстракты же гипофиза действуют таким образом, что нарушают связь между коллоидами организма и солями и способствуют удалению солей, благодаря чему уменьшается полиурия и увеличивается соль в моче.

Почки же, по теории Meyer'a, при d. insipidus, утратившие способность концентрации, при большом подвозе солей, особенно поваренной соли, справляются с ней увеличением диуреза, вызывая необходимость усиленного введения жидкости; если же эта введенная жидкость не покрывает потребности в выведении солей, то вода начинает извлекаться из тканей.

Из указанного выше видно, что нарушение водного обмена при d. insipidus не может быть отнесено только к одному поражению гипофиза. Уже доказано, что на дне четвертого желудочка вблизи центра Claud Bernard'a находится место, откуда при помощи укола можно вызвать сильное выделение солей, вот почему при mening. bas. syphilitica часто можно наблюдать настоящий diab. insipidus. А если принять во внимание сложное внутрисекреторное взаимоотношение между гипофизом и промежуточным мозгом, то становится понятным возникновение картины d. insipidus при заболевании гипофиза, из которого, при нарушенной его функции, будут итти болезненно-измененные импульсы. Тоже можно сказать и о t. cinereum, а также о полиурических центрах на дне четвертого желудочка, так как все они находятся в тесной гормональной зависимости. Все эти факты говорят нам лишь о том, что импульсы из этих центров идут по одному и тому же пути и гормонально влияют друг на друга, вызывая в итоге картину d. insipidus.

Каковы бы ни были различные теории происхождения d. insipidus'a, эти положения надо принять. Нам теперь остается только привести дифференциальное различие между двумя формами d. insipidus'a, которые вытекают сами собой из вышеизложенного—это между функциональной, зависящей от истерическо-психогенных инсультов, и органической, зависящей от изменений в центральной нервной системе. Эти две формы необходимо всегда строго разграничивать, так как в зависимости от патогенеза их существуют и различные методы терапевтического воздействия.

При функциональном d. insipidus всегда на первом плане стоит полидипсия и, как вторичное явление, полиурия, зависящая от жажды.

Полиурия заметно уменьшается, если ограничивать приток жидкости, при чем больными это переносится без особенно тягостных симптомов, и даже сами больные, усилием воли, могут ограничивать прием жидкости, при чем концентрация мочи при этом сильно повышается. Совсем иначе дело обстоит с органическим d. insipidus, где первичной всегда является полиурия и следствием ее обеднение организма водой и солью, что ведет к сгущению крови, которая в свою очередь вызывает повышенную жажду.

Лишение таких больных жидкости вызывает целый ряд чрезвычайно тягостных симптомов: дрожание рук, беспокойство, бессонницу, головные боли и т. д., при чем моча, несмотря на ограничение подвоза жидкости, все-таки выделяется низкого удельного веса. Действие экстракта задней доли гипофиза при этих двух формах также резко различно. В то время как при органическом диабете ин'екция питуитрина вызывает резкое уменьшение мочи и жажды и повышение удельного веса мочи, правда кратковременно, от 8—18 часов, при случаях функциональных наблюдается очень кратковременное понижение мочи и жажды, всегда с повышением удельного веса мочи и это уменьшение в дальнейшем сменяется усилением полиурии и полидипсии.

О других различиях этих двух форм мы коснемся при описании двух случаев d. insipidus'a, имевших место у нас в клинике.

Теперь же данные литературы и наши, полученные наблюдением над двумя больными, позволяют нам разграничить d. insipidus на две главные группы—органическую и функциональную, которые в свою очередь можно подразделить на характерные подгруппы, а именно: в состав первой войдут формы, вызванные поражением задней доли гипофиза—гипофизарный диабет и формы, вызванные поражением полиурических центров промежуточного мозга; ко второй же группе отнесутся все другие формы диабета, которые можно обобщить одним определением—психогенные.

Теперь рассмотрим наши случаи.

Случай первый. Ребенок 7-ми лет, Вера Б. поступила в клинику 15-го февраля 1925 г. с жалобами на частые и обильные мочеотделения, повышенную жажду и прогрессирующее исхудание. Заболевание развилось 5 месяцев тому назад, без всяких видимых причин. *Анамнез* Ребенок развивался совершенно нормально, хотя все время росла худенькой, в раннем детстве были признаки экссудативного диатеза. Никаких заболеваний до настоящего времени не было. Наследственность: брат матери умер от туберкулеза. Status praesens: Вес ребенка 14800,0 (меньше нормы на 6 кило). Рост 110 см., окружность головы, груди соответствует возрасту. Показатели развития и питания дали: индекс Пирке 90 (тощий); Пинье—35 (очень слабая организация); по Груздеву минус четыре (истощение). Тип конституции смешанный, с преобладанием респираторного. Habitus эротический. Окраска кожи и слизистых бледная, тургор ткани понижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Кожа тонкая, сухая, бледная. Дермографизм вялый, красный. Прощупываются подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые железы—плотные мелкие безболезненные, не сращенные с окружающими тканями. Форма грудной клетки плоская, scapulae alatae, 10-е ребро свободное. Легкие—границы нармальные, укорочение

перкуторного тона на правой верхушке, там же жесткое дыхание. Сердце—норма. Язык обложен. Живот—втянут, тургор понижен, прощупываются мезентериальные железы. Отправление кишечника:—наклонность к запорам. Мочеполовые органы—норма. Мочеиспускание часто, обильно. *Моча:* водянистого цвета, прозрачная. Уд. вес 1002, реакция слабо-щелочная. Белка, сахара, пигментов, крови, желчи—нет. Ацетона нет. Уробилин, индикан—норма. В осадке незначительное количество плоского эпителия. Диазо-реакция отрицательная. *Кровь:* гемоглобина 80 проц., эритроцитов 5 500.000, лейкоцитов 13.600. Индекс 0,72. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов 70 проц., эозинофилов 3 проц. переходных форм 7 проц, базофилов 1 проц. Скорость осаждения эритроцитов у нашей больной по методу Westergren'a, была нормальная, 2-3 млн. в час. Туберкулиновые реакции: Пирке, Манту, Гамбургер—отрицательные. Вассерман отрицательный, при рентгеноскопии черепа никаких отклонений от нормы не обнаружено, турецкое седло также нормальное. Исследование спинно-мозговой жидкости дало следующие результаты: удельный вес 1009, реакция слабо-щелочная, Noone-Apelt и Pondi отрицательная. Сахара нет. Белок—0,06 % Вассерман отрицательный. Реакция с goldsol'em—отрицательная.

Количество выпиваемой жидкости от 3-х до 8-ми литров в сутки; количество выделяемой жидкости от 4-х до 7-ми литров в сутки с удельным весом 1002-1003.

Проба на концентрацию.

Ребенок был поставлен в условия сухоедения.

Таблица 1.

Время	Кол. мочи	Уд. вес	Примечание
12	750,0	1002	
1	250,0	1001	
2	150,0	1002	
3	250,0	1001	
4	300,0	1002	
5	не мочилась		
6	100.0	1000	
7	50,0	1002	
8	не мочилась		
9	400,0	1001	

Проба на выделение воды.

Дано 1750,0 воды.

Таблица 2.

Время	Кол. мочи	Уд. вес	Примечание
11	400,0	1000	
12	300,0	1000	
1	250,0	1000	
2	150,0	1000	
3	270,0	1000	
4	300,0	1000	
5	250,0	1001	
	1720,0	—	В теч. 7 час.

Концентрационная способность почек отсутствует. Лишение воды вызвало головные боли, беспокойство, сухость слизистых.

Проба на выделение красящих веществ. Впрыснуто внутримышечно 0,05 индигокармина. Выделение началось через 20 минут и продолжалось в течение 4-х часов.

Проба с иодистым калием. Выделение иодистого калия окончилось через 40 часов.

Исследование поля зрения. Visus обоих глаз—1,0. Поле зрения—норма. Глазное дно—норма.

Второй случай—резко отличался от описанного выше.

Лева Г. 15 лет, рос худеньким ребенком до настоящего времени. Из болезней перенес в детстве корь. Наследственность—ничего патологического. Настоящее заболевание началось 3 м-ца тому назад, у него появилось сильное желание пить и следствием этого частые и обильные мочеиспускания. Ребенок начал худеть еще больше. В настоящее время—высокого роста—172 см.. на 22 см. выше нормы. Индекс Пирке—89 (тощий); по Груздеву—5 (полное истощение). Habitus астенический. Окраска кожи бледная, тургор понижен, подкожно-жировой слой отсутствует. Кожа тонкая, сухая, бледная. Скудная растительность под мышками, на лобке и под губой. Половые органы нормальные. Слизистые оболочки бледные. Шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые железы увеличены. Со стороны скелета уклонения от нормы нет. Шея длинная, кадык развит, грудная клетка плоская, узкая. Со стороны легких и сердца—норма. Живот плоский. Мочеполовые органы—норма. Психика отсталая. Нервная система—чрезвычайно повышенная возбудимость двигательной и чувствительной сферы: все кожные и сухожильные рефлексы—повышены. Температура 36,8—37,7.

Моча. Реакция слабо-кислая, светло-желтая, прозрачная, удельный вес 1004. Белка, сахара и других патологических продуктов—нет. Осадок—клетки плоского эпителия.

Исследование крови. Гемоглобина 70 проц. Эритроцитов 6940000. Лейкоцитов 13200. Индекс 0,5. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов 59 проц., лимфоцитов 23 проц., эозинофилов 6 проц., переходных 11 проц., базофилов 1 проц. Туберкулиновые реакции—отрицательные. Вассерман—отрицательный.

Количество выпиваемой жидкости доходило до 7-8 литров в сутки а выделенной мочи до 6 литров, низкого удельного веса: 1000-1010 При чем после еды удельный вес повышался до 1017. Проба на концентрацию давала повышение удельного веса мочи, проба на выделение—нормальная. Интересно отметить, что лишение жидкости не вызывало никаких симптомов со стороны больного, наоборот, он мог по желанию легко воздержаться от питья, при чем с уменьшением введения жидкости резко уменьшалось выделение мочи и повышался удельный вес ее.

Теперь приведем наши опыты. Прежде всего первый ребенок был исследован со стороны вегетативной нервной системы, при чем обнаружено: дыхательная аритмия, симптомы Чермака, Ортнера, Ашнера положительные. Цилио-спинальный—отрицательный.

Проба на атропин. Впрыснуто 0,5 раствора атропина 1,0-1000. Перед началом опыта пульс—104, зрачки узкие, кожа и слизистая норма. Отмечалось учащение пульса, расширение зрачков, покраснение лица и сухость слизистых. Изменения количества мочи не отмечалось.

Проба на пилокарпин. Впрыснуто 1,0 пилокарпина 5,0-1000,0. Перед началом опыта пульс—96; зрачки—средней ширины. Кожа и слизистые—норма. Отмечалось сужение зрачков и обильное выделение слюны. Изменения количества мочи не отмечалось.

Таблица III.

Время	Пульс	Зрачки	Кожа и слизист.	Моча	Уд.вес
$9\frac{3}{4}$	128	Узкие	Сух. рта	—	1005
10	148	Шир.	„	450,0	—
$10\frac{1}{4}$	140	„	Красное лицо	—	—
$10\frac{1}{2}$	132	„	„	—	—
$10\frac{3}{4}$	120	„	„	—	—
11	120	„	„	—	—
$11\frac{1}{4}$	112	„	„	—	—
$11\frac{1}{2}$	108	„	„	—	—
$11\frac{3}{4}$	108	„	„	—	—
12	104	N	„	400,0	1005
$12\frac{1}{4}$	96	„	N	—	—
$12\frac{1}{2}$	96	„	„	—	—

Atropin: + + +

Таблица IV.

Время	Пульс	Зрачки	Кожа и слизист.	Моча	Уд.вес
$9\frac{3}{4}$	96	Сред. ширины	N	—	—
10	100	—	Красн. лицо	500,0	1002
$10\frac{1}{4}$	96	Узкие	„	—	—
$10\frac{1}{2}$	104	„	Выд. слюна	—	—
$10\frac{3}{4}$	108	„	„	—	—
11	104	„	„	—	—
$11\frac{1}{4}$	104	„	Выд. из носа	—	—
$11\frac{1}{2}$	100	„	„	450,0	1003
$11\frac{3}{4}$	100	„	„	—	—
12	96	N	„	—	—
$12\frac{1}{2}$	92	„	N	—	—
$12\frac{1}{2}$	96	„	N	—	—

Pilocarpin: + +

Проба на адреналин. Впрыснуто 0,5 раствора адреналина 1,0—1000,0. Никаких изменений нет.

Гемокластический криз Wiadal'я.

Количество лейкоцитов натощак . . . 13.600

Через 20 минут после приема молока . . 13.400

„ 40 „ „ „ „ . . 11.700—Лейкопения.

Все вышепроделанные пробы указывают на повышенный тонус vagus'a нашей больной. Далее с этой больной была произведена проба с питуитрином.

Проба с питуитрином. Впрыснуто подкожно 2,0 питуитрина, реакция протекала следующим образом:

Таблица V.

До ин'екции питуитрина:				После ин'екции питуитрина:			
Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидкост.	Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидкост.
8	250,0	1002	300,0	8	75,0	1010	200,0
10	—	—	1000,0	10	50,0	1015	—
12	500,0	1001	—	12	40,0	1015	—
2	350,0	1003	500,0	2	50,0	1014	—
4	800,0	1002	500,0	4	100,0	1010	—
6	300,0	1001	—	6	150,0	1007	300,0
8	500,0	1002	500,0	8	не	мо-	чилась
10	300,0	1002	1500,0	10	300,0	1003	—
12	450,0	1000	300,0	12	300,0	1003	700,0
2	600,0	1001	1000,0	2	350,0	1000	1000,0
4	500,0	1002	—	4	250,0	1000	300,0
6	500,0	1002	—	6	450,0	1002	300,0
	5350,0	—	5600,0		2065,0	—	2800,0

Реакция продолжалась 6-8 часов и за этот промежуток времени выпито было только 2800,0 воды и выделено мочи 2065,0 с удельным весом 1015 и спустя 10 часов все возвратилось к прежнему состоянию (см. табл. № V).

Через несколько дней больной было впрыснуто вновь 2,0 питуитрина и после вторичного вспрыскивания питуитрина реакция была значительно продолжительнее и протекала следующим образом:

Таблица VI.

До питуитрина.				После питуитрина.			
Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидкост.	Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидкост.
6	550,0	1001	—	6	75,0	1014	400,0
8	200,0	1005	1300,0	8	30,0	1015	200,0
10	550,0	1007	—	10	60,0	1014	200,0
12	250,0	1003	350,0	12	40,0	1014	—
2	450,0	1004	—	2	50,0	1015	—
4	400,0	1003	1000,0	4	80,0	1015	—
6	550,0	1005	—	6	30,0	1010	—
8	500,0	1003	300,0	8	100,0	1010	200,0
10	200,0	1001	—	10	200,0	1013	300,0
12	250,0	1001	500,0	12	100,0	1013	300,0
2	350,0	1002	—	2	250,0	1010	600,0
4	200,0	1002	1000,0	4	75,0	1014	200,0
	4450,0	—	4450,0		1060,0	—	2400,0

Продолжительность действия питуитрина 14 часов. Резкое уменьшение жажды и выделение мочи, повышение удельного веса мочи. Никаких болезненных явлений не отмечалось (см. табл. VI).

У другого больного проба с питуитрином протекала совершенно иначе.

Проба с питуитрином. у второго больного. Впрыснуто 2,0 питуитрина.

Таблица VII.

До ин'екции питуитрина. **После ин'екции питуитрина.**

Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидкост.	Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидкост.
6	150,0	1006	600,0	8	не	мо	чился
8	160,0	1006	—	10	225,0	1017	1300,0
10	500,0	1004	300,0	12	не	мо	чился
12	450 0	1003	—	2	150,0	1022	2000,0
2	350,0	1010	1200,0	4	160,0	1014	200,0
4	450,0	1008	800,0	6	500,0	1001	2000,0
6	500,0	1006	—	8	1050,0	1000	600,0
8	250,0	1012	500,0	10	1000,0	1000	—
10	250,0	1010	—	12	700,0	1000	—
12	400,0	1010	—	2	650,0	1003	—
2	200,0	1015	500,0	4	500,0	1005	1000,0
4	200,0	1015	—	6	650,0	1008	—
6	200,0	1012	—				
	4220.0	—	3900,0		5585,0	—	7100,0

В этом случае питуитрин не оказал почти никакого действия; отмеченное в начале повышение удельного веса и мочи, хотя такое повышение наблюдалось и при обычных условиях, было непродолжительно и сменилось обильным выделением мочи и обильным приемом жидкости, при чем обращает на себя внимание то обстоятельство, что ни в одном из предшествующих дней такого количества выделенной мочи и принятой жидкости не наблюдалось (см. табл. № VII). Это отсутствие реакции на питуитрин указывает нам, что в данном случае не играет никакой роли ни гипофиз и др., а что заболевание вызвано совершенно другими причинами.

В дальнейшем решено было испытать действие Na Cl, для чего у первой больной определялось суточное количество выделяемой соли в моче два дня подряд, при чем концентрация соли в обоих случаях была одинакова и равнялась 0,15 проц. Тогда к обычному пищевому пайку было прибавлено 10,0 соли, при чем сразу бросилось в глаза резкое усиление полиурии и полидипсии. За эти сутки больная выпила 8300,0 жидкости и выделила 8700,0 мочи, при чем удельный вес остался прежним—низким. Концентрация соли в суточной моче увеличилась до 2-х проц., что показало, что введенная соль выделялась почти в первые сутки. Вес больной упал на 500 грамм, следовательно, избыток выведенной жидкости пал на ткани. Ребенок был очень беспокоен, жаловался на головные боли и сухость слизистых.

Спустя несколько дней ребенку было впрыснуто 2,0 питуитрина и вновь определялось в моче суточное количество соли.

Таблица VIII.

Количество мочи до опыта. **Количество мочи после впрыскивания питуитрина.**

Время	Кол. мочи	Уд вес	Кол. вып. жидк.	Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидк.
8	500,0	1001	300,0	11	не мо	чилась	200,0
10	400,0	1000	200,0	12	40,0	1016	—
12	350,0	1000	2000,0	2	не мо	чилась	150,0
2	400,0	1001	850,0	4	150,0	1014	200,0
4	350,0	1001	—	6	40,0	1020	—
6	250,0	1001	—	8	не мо	чилась	—
8	400,0	1000	600,0	10	50,0	1020	—
10	500,0	1000	600,0	12			
12	450,0	1000	150,0	2	не мо	чилась	—
2	300,0	1001	200,0	4			
4	300,0	1001	—	6	150,0	1018	—
6	400,0	1000	—	8	60,0	1012	300,0
8	300,0	1001	—	10	300,0	1003	—
10	200,0	1000	—	11	50,0	1003	—
	5100,0	—	4900,0		840,0	—	850,0

Реакция выразилась в резком уменьшении мочи, жажды и повышении уд. веса мочи. Концентрация соли повысилась до 0,52 (см. табл. VIII).

Дальше опыт был поставлен так: к обычному пищевому пайку было прибавлено 10,0 поваренной соли и одновременно было впрыснуто 2,0 питуитрина. Реакция протекала таким образом:

Таблица IX.

До опыта. **После питуитрина и соли.**

Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидкос.	Время	Кол. мочи	Уд. вес	Кол. вып. жидк.
9	250,0	1000	—	10	100,0	1003	—
10	200,0	1000	—	12	350,0	1006	300,0
12	150,0	1001	—	2	450,0	1007	—
2	500,0	1000	2000,0	4	200,0	1005	150,0
4	525,0	1000	300,0	6	350,0	1006	300,0
6	600,0	1000	300,0	8	250,0	1005	200,0
8	450,0	1000	2000,0	10	100,0	1004	300,0
10	400,0	1000	—	12	—	—	500,0
12	250,0	1000	—	2	100,0	1010	200,0
2	300,0	1000	400,0	4	—	—	500,0
4	500,0	1000	—	6	100,0	1015	200,0
6	450,0	1000	—	8	160,0	1007	300,0
8	500,0	1000	—	10	100,0	1004	—
9	500,0	1000	—				
	5575,0	—	5000,0		2260,0	—	2650,0

Количество мочи уменьшилось, также уменьшилось количество выпитой жидкости, удельный вес мочи повысился до 1015; следовательно NaCl под влиянием питуитрина не проявил своего действия. Количество соли в моче поднялось до 0,74 проц. (см. табл. IX). Соль почти полностью была выведена за сутки.

Интересно отметить еще свертываемость крови у нашей больной. Нормально свертываемость крови начинается спустя $2^{1}/_{2}$—8 минут. У нашей же больной свертываемость началась спустя полминуты, что опять-таки говорит об обеднении, вернее, нарушении водного обмена у больных c. diabetes insipidus и это явление особенно резко наступало, когда кровь бралась в период жажды, в каковой период увеличивалось количество гемоглобина и количество эритроцитов. Отсюда понятен механизм сильной жажды: чрезмерное выделение жидкости способствует сгущению крови, которая, без сомнения, принадлежит к факторам разрешающим чувство жажды. ибо сгущенная кровь раздражает центр жажды в промежуточном мозгу, вследствие чего и возникает, в конце концов, повышенное чувство жажды.

Необходимо отметить еще одно наблюдавшееся у нас явление, это постоянные ознобы и колебание температуры у нашей больной, до 37,6, 37,7 и отсутствие пота. Достаточно было укутать больную, как температура повышалась. Прежде чем об‘яснить это явление, необходимо вспомнить, что 60 проц. всей влаги выводится через почки, 6 проц. с калом, а остальное количество через испарение тела и выдыхаемый воздух (Persp. isensibilis).

Такой опыт был поставлен с нашей больной. Больная была поставлена в условиях сухоедения в течение 8—10 часов, в каковой период она была лишена и жидкости, после этого ей было дано сразу выпить литр воды и наблюдалось выделение ее в связи с изменением веса тела.

Таблица X.

Время	Вес	Кол. мочи	Уд. вес	Примечание
$6^{3}/_{4}$	17300,0	—	—	Дано литр воды.
$6^{3}/_{4}$	18300,0	—	—	
7	18300,0	—	—	
$7^{1}/_{4}$	18100,0	200,0	1001	
$7^{3}/_{4}$	18000,0	150,0	1000	
$8^{1}/_{2}$	17700,0	250,0	1000	
$9^{1}/_{4}$	17500,0	200,0	1000	
$9^{3}/_{4}$	17300,0	1,000	1000	
	—	900,0	—	

Из сопоставления цифровых данных видно, что с мочей и калом выведено было 90 проц., а на p. insensibilis выпало 10 проц., что указывает на понижение p. isensibilis. Это обстоятельство дает нам возможность об‘яснить колебание температуры тем, что организм, поставленный в условия согревания, как это было с укутыванием, лишенный физиологического вспомогательного способа самозащиты от перегревания путем кожных потерь, легко поддается влиянию этой температуры тем, что повышает температуру всего тела, что и вызывает такие

колебания ее. Этот эффект был отмечен Strauss'om. Возможно, что здесь имеет место кроме того раздражение температурного центра.

На основании всех вышеприведенных опытов мы можем сделать заключение, что в первом случае мы имеем дело с органическим d. insipidus. За это говорит первичная полиурия и вторичная полидипсия, потеря концентрационной способности почек, резкая реакция организма в период воздерживания от жажды, кроме того отсутствие эффекта в виде уменьшения полиурии и концентрации мочи при пище, лишенной соли и белка, каковое обстоятельство отмечается Falguist'ом. Затем усиленное выведение соли в моче под влиянием впрыскивания экстракта задней доли гипофиза, уменьшение полиурии и повышение удельного веса мочи—дает нам повод признать гипофизарный характер заболевания, хотя в данном случае отрицать участие других центров hypothalamus'a мы не имеем никаких оснований. Мы совершенно оставляем в стороне вопрос о характере процесса, вызвавшего у нашей больной d insipidus, так как ответ на него можно получить только лишь на аутопсии. К сожалению, 2-го больного мы не могли дальше наблюдать, так как он вскоре выписался из клиники.

Имеющиеся данные, хотя и не полные, позволяют нам сделать вывод, что здесь мы безусловно имеем дело с diab. insipidus, но совершенно другого происхождения, чем первый случай. Если принять во внимание невропатическую конституцию нашего больного, чрезвычайно сильную психическую реакцию всего организма на малейшее вмешательство, хорошее самочувствие его после больших периодов воздержания от принятия жидкости, которое могло подавляться волею самого больного, с последующим уменьшением полиурии и повышением удельного веса мочи—то само собой невольно напрашивается мысль о психогенном функциональном diabetes insipidus. Если прибавить к этому отсутствие эффекта после впрыскивания питуитрина, то этот вывод еще более подтверждается.

Параллельно с этими наблюдениями была произведена проба на выносливость молочного сахара-галактозы у первой больной. Первый раз дано было 50,0, при чем ни в одной из порций мочи сахара не обнаружено. Затем было дано 100,0 с тем же результатом. При даче 150,0 через 4 часа в одной порции мочи были следы сахара. Проба с 200,0 сахара дала через $2^1/_2$ ясную реакцию на сахар, который выделился в течение $5^1/_2$ часов. Удельный вес мочи остался все время низким 1000-1002. Количество выпитой жидкости и мочи не изменилось. Эта проба показала, что углеводный обмен не только не нарушен, но скорее повышен.

И так мы имеем два совершенно противоположных по происхождению заболевания, сходные по своей клинической картине. Постараемся теперь подвести итоги всем проделанным нами опытам.

Прежде всего остановимся на пробах на вегетативную нервную систему. Все они показали, что первый ребенок является ваготоником. Возникает вопрос, не оказывает ли поражение задней доли гипофиза, связанное с понижением его функции, на изменение тонуса вегетативной нервной системы и каким образом: понижает ли эта гипофункция гипофиза тонус sympaticus'a или же каким либо образом повышает тонус vagus'a. Каков механизм этого влияния? Для этого надо припомнить о взаимоотношении двух инкреторных желез—гипофиза и надпочечников, тонизирующих систему симпатического нерва.

По мнению Aschner'a, на дне 3-желудочка находится „центр внутренностей", от которого идут n.n.sympatici и vagi. Он полагает, что гормоны гипофиза проникают с лимфой ко дну 3-го желудочка и там

оказывает свое действие на центр sympaticus'a тонизируя его, подтверждением чего служит то обстоятельство, что после ин'екции экстрактов гипофиза усиливается действие адреналина (Barner), а это дает нам возможность допустить, что экстракты гипофиза действуют возбуждающим образом на симпатическую нервную систему (содружественное действие надпочечников и гипофиза), следовательно, при выпадении функции гипофиза будут отсутствовать эти возбуждающие моменты и перевес перейдет на vagus. Быть может, и в нашем случае выпадение функции задней доли гипофиза дало такую вагатоническую реакцию.

Исследование спинно-мозговой жидкости показало, что никаких изменений в ней нет, реакция Wasserman'a отрицательная. Это прежде всего нам говорит о том, что процесс в гипофизе не сифилитического характера, а какой-то другой, не вызывающий изменений в спинно-мозговой жидкости.

Далее нам известно, что tub. ciner. является центром регулирующим все обмены организма, в том числе и углеводный. Повышенная же выносливость к сахару у нашей больной невольно обратила нашу мысль к тому, не является ли эта проба дифференциальным отличием двух форм d. insipidus'a: гипофизарного и на почве повреждения tub. cinereum. Из опыта мы видим, что наша больная хорошо переносила 15,0 сахара на кило веса, в то время как в норме выносливость выражается в 10,0 на кило.

Указанное обстоятельство нужно учесть, но высказаться определенно мы пока еще не можем. Мы полагаем, что в нашем случае имело место другое положение. Мы знаем, что под влиянием адреналина уменьшается пропускная способность почек по отношению к сахару (Freud); возможно, что выпадение функции гипофиза, повысив тонус вагуса, тем самым вызвало такую выносливость к сахару.

Целый ряд проб с питуитрином только подтвердил уже имеющиеся наблюдения над выделением мочи, солей, азота и пр. Отсутствие эффекта от него во втором случае позволяет нам сделать заключение, что действие питуитрина специфическое и проявляется в случаях d. insipidus'a гипофизарного характера и, может быть, еще в случаях поражения в промежуточном мозгу.

Теперь осталось еще сказать несколько слов о температуре больных с diabetes insipidus. Мы знаем, что удаление гипофиза способствует падению восприятия O_2 и отдачи Co_2 до 30%, следовательно, гипофиз повышает окислительные процессы в клетках и способствует химической теплопродукции. Следствие этого—температура больных с выпадением функции гипофиза должна быть ниже нормы, что и наблюдалось у нашей больной. Однако при повышении окружающей среды температура очень быстро повышается, тоже самое повышение наблюдалось и после впрыскивания питуитрина, что дает нам возможность заключить, что инкреты гипофиза возбуждают окислительные процессы в организме. О механизме повышения температуры тела при укутывании—указывалось выше.

Прежде чем окончить настоящее сообщение, нам хотелось бы остановиться еще на одном обстоятельстве. Дело в том, что обычный способ применения питуитрина путем впрыскивания под кожу у детей связан с некоторыми неудобствами: впрыскивание под кожу хотя и безболезненно, но у детей вызывает часто бурную оборонительную реакцию, сильное возбуждение, как результат страха пред уколом. Это заставило нас испробовать предложение—вкапывать на слизистую оболочку носа. Технически это производилось так: ребенок клался на спину со слегка запрокинутой головой и затем из пипетки впускалось

в обе ноздри по 4 капли питуитрина; такое лечение проделывалось 2 раза в день. Оказалось, что действие питуитрина наступает хотя и медленнее, нежели при подкожном введении, но лечебный эффект выражен был столь же отчетливо, как и при ин‘екциях. Это заставляет нас рекомендовать этот способ применения у детей питуитрина, как безболезненный, удобный в домашней обстановке и вместе с тем дающий определенный терапевтический эффект.

Заканчивая настоящее сообщение, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Вопрос о чисто гипофизарном d. insipidus еще окончательно не установлен и требует точных экспериментальных исследований.

2. При постановке диагноза всегда надо разграничивать две формы d. insipidus: функциональную и органическую.

3. Экстракты задней доли гипофиза специфичны при гипофизарном d. insipidus‘e и при d. insipidus, вызванном поражением в промежуточном мозгу.

4. При функциональных формах d. insipidus экстракты задней доли гипофиза не оказывают никакого действия.

5. Потеря солей и азота, имеющая место при d. insipidus, способствует задержке роста.

6. Свертываемость крови у больных с d. insipidus повышена особенно в период жажды, в каковой период увеличивается содержание гемоглобина и эритроцитов.

7. Perspiratio insensibilis у больных с d. insipidus понижена.

8. Колебание температуры тела у больных с d. insipidus в зависимости от окружающей температуры, можно с большой вероятностью об‘яснить понижением perspiratio insensibilis.

9. В детской практике, а особенно в местах, расположенных далеко от врач. участков—рекомендуется испробовать интраназальное введение питуитрина.

В заключение приношу благодарность проф. В. А. Леонову за предложенную тему и за ценные указания при выполнении этой работе.

Литература:

1. J. Bauer—Die konstitutionelle Dispotision zu inneren Krankheiten. Berliu 1924 г.

2. Он же—Vorlesungen über allgemeine Konstitutious—und Vererbungslehre—Berlin, 1923 г.

3. Zondek—Die Krankheiten der endokrinen Drüsen—Berlin, 1923 г.

4. J. Bauer u B. Aschner—Die Patogenese des Diabetes insipidus—Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 1, H. 2, 1923 г.

5. Lewi F. H.—Infundibuläre Veräuderungen bei Diabetes insipidus und die Beziehungen zwischen tuber cinereum und Hypophyse—Klin. Woch. I, 1924 г.

6. Blumgart H. L.—Arch. of. internal. med. Bd. 29, № 4, 1922 г.

7. A. Biedl—Внутренняя секреция, 1914 г.

8. Weil—Die innere Secretion.

9. Г. Периц—Введение в клинику внутренней секреции, 1924 г.

10. Larson, E. Eric, James F., Weir and Leonard G. Kowntree:—Studies on diabetes insipidus, water balance, and water intoxication. Study I—Trausaet. of the assoc. of Americans. phytic, Bd. 36, 1921 г.

11. Jungmann Paul—Zur Pathologie des Salzstoffwechsel—Klin. Wochen. Jg. 2, № 1, 1923 г.

12. Domagk, Gerhard—Hypophysentumor und Diabetes insipidus—Klin. Woch. Jg. 2, № 3, 1923 г.

13. Maranon—Rèsumè de mon expèrience sur la clinicque ex la terapeutique des syndròmes hypophysaires—Rev. Neurol. Jg. 19, № 6, 1922 г.

14. Camus Jean. S. J. Gournay et Fiterre—Sur le mecanisme du diabète insipide—C pt. reud. hebdom des sèances de l'accad. des sciences, Bd. 177, № 4, 1923 г.

15. Alpern, D. Experimentelle Untersuchungen über deu Eduíluss des Zwichenhirns auf die Wasserdiurese. Zeitsehr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 34, H. 3/6, 1923 г.

Аб істэрычнай ікаўцы.

З нэрвовай клінікі і Інстытуту фізычных мэтодаў лячэньня Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

(Дырэктар клінікі і Інстытуту, Профэсар М. Б. Кроль).

Доктар Е. КАЛІТОЎСКІ.

Пры істэрыі нярэдка прыключаецца ікаўка. Калі ў літаратуры амаль што нічога няма аб істэрычнай ікаўцы, я на грунце сабранага мною матэрыялу жадаў-бы пазнаёміць з істэрычнай ікаўкай, якая сустракаецца ў нас па Беларусі. Як нам вядома, была нават маленькая псыхічная эпідэмія істэрычнай ікаўкі ў Бабруйскай акрузе.

Дакладных статыстычных даных у мяне няма затым, што дактары істэрычную ікаўку падвялі пад агульную істэрыю. Але па словах хворых можна меркаваць, што ў некаторых вёсках зьбіралася да дзесятка хворых істэрычнай ікаўкай, як, напрыклад, у мястэчку Луцк, Бабруйскай акругі.

Гэту хваробу хворыя адносяць да вынікаў імпэрыялістычнай і грамадзянскай вайны.

Жыхарства глядзела на хворых ікаўкай, як на невылячымых, бо ў працягу трох і больш гадоў, ня гледзячы на энэргічныя мэдыкамэнтозныя лекі, хворыя не папраўляліся.

Наша амбуляторыя прапусьціла 12 чалавек, з якіх мужчын—3, жанчын—9.

Праз стацыянар прашло двое.

Перад намі ўстае пытаньне, што-ж такое істэрычная ікаўка, які мэханізм яе і тэрапія?

Ікаўка выклікаецца спазматычным скарачэньнем дыяфрагмы з раптоўным удыханьнем.

Дыяфрагма павялічваецца, зьніжаючыся ў поражні грудной каморы, лёгкія пашыраюцца, паветра ў іх робіцца рэдкім, знадворку паветра ўрываецца ў лёгкія, паветравы струмень сустракаецца з галоснай шчылінай, якая ў гэты час зачынена, прычым можна чуць асаблівы гук.

Цэнтры акту ікаўкі адпавядаюць цэнтрам, якія інэрвіруюць дыяфрагму.

Нэрва дыяфрагмы (n. phrenicus) бярэ пачатак з plexus cervicalis па тыпу—мяшаная, ідзе да дыяфрагмы.

З правага боку яна падыходзіць к дыяфрагме крыху сьпераду і знадворку ад шчыліны яе каля парожняй вены.

З левага боку нэрва дыяфрагмы падыходзіць да дыяфрагмы больш сьпераду і кнадворку, чым правая нэрва.

Ікаўка бывае: 1) ад раздражненьня n. phrenici па яе шляху—рубцы, пухліны і г. д., 2) рэфлекторная—яна выклікаецца з паверхні скуры ад холаду і з паверхні сьлізістай абалонкі нутра альбо кішок, 3) цэнт-

ральная—ад раздражненьня цэнтраў, напрыклад, пры эпідэмічным энцэфаліце наглядалася эпідэмія ікаўкі, працякаючая з дрэнным прогнозам,—гутарка ідзе аб процэсе ў вобласьці прадоўжных мазгоў, 4) функцыянальная.

Ікаўку нельга зьмешваць з адрыжкай.

Ікаўка цягнецца ўвесь час, з ядой ня мае сувязі, тады, як адрыжка бывае тэрміноваю і ўзмацняецца пасьля яды.

Адрыжка наогул ня мае адносін да нэўрозаў нутра. Яна залежыць ад процэсаў распаду ў нутры, ад хронічных процэсаў запаленьня сьлізістай абалонкі нутра, ад hypersecretio і hyperaciditas.

Ці маем мы справу з адрыжкай, ці з ікаўкай—часамі гэта можа даць аналіз страўніковага соку.

Мы тут займаемся разважаньнем аб істэрычнай ікаўцы з тае прычыны, што істэрычная ікаўка вядзе большаю часткаю к страце душэўнай роўнавагі і зьмяншэньню працаздольнасьці,—то ў барацьбе з ёю трэба ўжыць энэргічныя сродкі, на якіх мы і спынімся.

Цяпер мы разгледзім гісторыю хваробы дзьвёх хворых, якія знаходзіліся ў стацыянары: Б. Х.—15 год, родам з мястэчка Луцк, Бабруйскай акругі, яўрэйка, па профэсіі—хатняя работніца, мае дрэнныя ўмовы жыцьця.

26 ліпня г. г. Б. паступіла ў нэрвовую клініку з выпадку рэзка выяўленай ікаўкі.

Anamnesis.

Хворая зьяўляецца па ліку 3-яй у сям'і. Бацька здароў, мае 42 гады. Матка, 36 год, хваравітая, істэрычная. Браты—13 і 2 год, сястра—9 год, усе здаровыя.

Пачала хадзіць у тэрмін.

У 1924 г. хварэла ветраной воспай. Б.—няпісьменная. З боку айчыннасьці, са слоў хворай, як быццам усё добра. Узімку 1924 г. зьяўляліся болі ў жываце, за імі адрыжка. Пасьля гэтага хутка зьявілася ікаўка, якая цягнулася каля году. Хворая была перапалохана. Апошнія 4 месяцы ў хворай бывае ванітаваньне, якое больш усяго ўзмацняецца пасьля яды.

St. praesens.

Хворая невялікага росту, целаскладу слабога, укормленасьці паніжанай.

Пакровы і відочныя сьлізістыя абалонкі бледна-ружовага колеру. Залозы не павялічаны. Ні высыпкі, ні ціанозу, ні жаўцізны мы ня бачым. У лёгкіх—нормальнае вэзікулярнае дыханьне, тымпаніт. Межы сэрца—нормальныя, тоны—чыстыя. Тахікардыя—108, рытмічны пульс, здавальняючага напаўненьня.

З боку іншых органаў няма ніякіх адхіленьняў ад нормы. Прытомнасьць ясная. Мова скамечаная. З чэрапна-мазгавых нэрваў: II пара—дрэнны зрок.; VII пара—слабасьць правай носа-губнай складкі; VIII пара—чуе дрэнна на абодва вухі; з боку іншых чэрапна-мазгавых нэрваў—нічога асаблівага. Мускульная сіла ў руках паніжана. Сьлізістыя рэфлексы—нормальны. Перыостальныя і сухажыльныя рэфлексы канцавін зьлёгка падвышаны. Ёсьць дрыжаньне рук.

Ні adiadochokinezis'а, ні атаксіі, ні апраксіі няма.

Пры хадзьбе шкадуе некалі паломаную левую нагу і цягне яе за сабою. Чуласьць пры ціску ў мяжы левай нагі. Ікаўка зьяўлялася кожную хвіліну на 10-15 сэкунд. Быў часам у працягу дня ясны прамежак на 1-2 гадзіны.

Мэдыкамэнтознае лячэньне не дало добрых вынікаў.

1-VIII былі ўжыты фарадызацыя моцнымі токамі ў аколіцы дыя-

фрагмы, гарачыя прамываньні страўніка. Гэтыя процэдуры рабіліся мною праз дзень.

3-VIII ікаўка зьмяншаецца. Наракае на затрыманьне жывата. Жывот уздуты. Тымпаніт.

20-VIII ікаўка зусім згінула.

Хворая Л. Б. 18 год. Жанчына, яўрэйка, родам з вёскі Сяліба, Бабруйскай акругі. Зьвярнулася да нас са скаргай на надта моцную ікаўку.

Anamnesis.

З боку спадчыннасьці, са слоў хворай, нельга нічога асаблівага адзначыць ,апрача прысутнасьці ў сям'і некалькіх істэрычных асоб.

А. Б. пачала хадзіць у тэрмін. Нічым не хварэла. Вучылася ў школе, але павінна была спыніць свае заняткі з прычыны надта моцнай ікаўкі, якая не давала магчымасьці вучыцца. Да пачатку сваёй хваробы Б. мучылася болем галавы, які цягнуўся гадзінамі, а іншы раз цэлымі днямі.

У 1919-1920 г. была моцна перапалохана ў час вайны, пасьля чаго ў хворай пачало балець у грудзёх. Пасьля гэтага праз тыдзень яна ізноў была перапалохана, убачыўшы забітага чалавека.

У наступны дзень пачалася ікаўка, якая цягнецца і да гэтай пары.

Быў ясны прамежак у працягу двох гадоў (1922-1923), калі ікаўка значна аслабела.

Толькі пасьля хваляваньняў ікаўка цягнулася два-тры дні, а потым яна зьнікала на 3-4 месяцы.

Хворая ўвесь час лячылася, але бяз жадных вынікаў. Цяпер ікаўка цягнецца без перарыву з 1 лютага 1925 г.

Status praezens.

Хворая сярэдняга росту, целаскладу дужага, укормленасьці сярэдняй.

Пакровы і відочныя сьлізістыя абалонкі бледна-ружовага колеру Залозы не павялічаны. Ні высыпкі, ні ціанозу, ні жаўцізны мы ня бачым.

Пульс—80, здавальняючага напаўненьня, рытмічны. Крывяны ціск 112—92. Car et pulmonum=n. З боку брушных органаў няма ніякіх адхіленьн яў ад нормы. Зрэнкі сярэдняй велічыні, рэагуюць на сьвятло (проста і консэнсуальна) ясна, на акомодацыю рэагуюць здавальняюча.

Ністагм, Graefe, Stellvag, Moëbius няма. Інэрвацыя жавальных і тваравых цягніц языка і мяккага паднябеньня—нормальная. Сухажыльныя і пэрыостальныя рэфлексы верхніх канцавін і сухажыльныя ніжніх—падвышаны. Маецца дрыжаньне пальцаў правай рукі.

Няма ні атрофіі, ні парэзаў, ні паралюшаў, ні контрактур. Цягнічная сіла выстарчаючая.

Ні adiadochokinezis'a, ні атаксіі, ні апраксіі нідзе ня відаць. Чуласьць нормальная. У хворай—чырвоны дэрмографізм. Ікаўка выклікалася кожныя 5 хвілін на 20 сэкунд. У гэтай хворай з самага пачатку былі мною ўжыты фарадызацыя моцнымі токамі ў вобласьці дыяфрагмы, гарачыя прамываньні страўніка, і хворая пасьля трох тыдняў выпісалася зусім здаровай.

Абедзьве хворыя знаходзіліся ў становішчы прыгнечанасьці. Трэба ўзяць пад увагу тое, што ў першай і другой хворай ніякае мэдыкамэнтознае лячэньне (Belladonna, Cocain, Scopolamin і бромістыя прэпараты) не дало добрых вынікаў,—гэта падкрэсьлівае, што істэрычная ікаўка—хвароба стойкая.

У нашых хворых ікаўка была істэрычная. Пры гэтым мы мелі справу блізка што з чыста моносымптоматычнай істэрыяй. Вышэй я

ўжо адзначыў, чаму мы не павінны зьмешваць істэрычную ікаўку з адрыжкай.

Цяпер я спынюся на тым, што, апрача істэрычнай ікаўкі, бывае ікаўка інфэкцыйная, пры эпідэмічным энцэфаліце.

Anamnezis нашых хворых як стацыянарных, так і амбуляторных паказвае, што ў іх няма нічога заразна-токсічнага.

Яны не перанесьлі ніякіх заразьлівых хвароб, значыцца, у нашых хворых ня было папярэдняй інфэкцыі, што магло-б выклікаць думку аб энцэфаліце альбо аб інфэкцыйнай ікаўцы.

Далей мы з anamnesiz'a бачым, што там нічога няма аб гарачцы і санлівасьці,—гэта ўсё кажа супроць інфэкцыйнай ікаўкі і за істэрычную. Пасьля об'ектыўнага агляду мы ня бачым ні сальнага твару, ні паралюша і парэзу n. oculomotorius'a, што зноў кажа за істэрычную ікаўку ў нашых хворых. Я яшчэ раз падкрэсьліваю, што ў нашых хворых ікаўка была не эпідэмічная, бо ў ікаўцы эпідэмічнай няма псыхічнага і супэстыўнага моманту ў гэнэзісе хваравітага сымптому, як гэта мела месца ў нашых хворых (амбуляторныя і стацыянарныя хворыя на ікаўку ведалі, большаю часткаю, адзін другога).

Далей, у тэй акрузе ня было нават і сьлядоў на encephalitis lethargica, як гэта было ў Нямеччыне, Італіі, Галяндыі, Англіі, Ленінградзе, дзе ўздым эпідэмічнай ікаўкі йшоў побач з encephalitis letargica.

У Нямеччыне Umber наглядаў 2 выпадкі singultus epidemicus у Бэрліне ў 1921 годзе, Loeb—3, у Галяндыі, van der Kooi—2, у Італіі Pontano, Tommaso наглядалі невялічкую эпідэмію ікаўкі ў Рыме; была невялічкая ікаўка ў Ленінградзе. Прычынай істэрычнай ікаўкі ў нашых як стацыянарных, так і амбуляторных хворых быў спалох.

Тут мы павінны разгледзіць, да якога віду істэрыі мае адносіны істэрычная ікаўка нашых хворых.

Проф. Freud кажа: „Ёсьць тры простых альбо „актуальных“ нэўрозы, напрыклад: нэўрастэнія, нэўроз страху і іпохондрыя, і чатыры псыхонэўрозы: конвэрсыйная істэрыя, істэрыя страху, фіксацыйная істэрыя і нэўроз прычэпных станаў“.

Істэрыя страху і конвэрсыйная істэрыя—дзьве розныя формы праявы аднэй і тэй-жа хваробы. Дзейнасьць хваробных інстыктыўных цягненьняў пры конвэрсыйнай істэрыі вядзе да ўтварэньня соматычных сымптомаў, дзейнасьць тых-жа фактараў пры істэрыі страху вядзе да ўтварэньня цэлага шэрагу спэцыфічных фобій.

Калі-ж мы зьвернемся да фіксацыйнай істэрыі, то мы бачым, што хворыя страшэнна рэагуюць на няпрыемныя раздражненьні. У хворых няма думак на тэму аб здароўі і хваробе. З усяго вышэйпаданага мы маем магчымасьць адзначыць, што істэрычная ікаўка нашых хворых мае адносіны да конвэрсыйнай істэрыі, бо ў нашых хворых ёсьць соматычна-фізычныя сымптомы.

Для зьнішчэньня гэтага найцяжэйшага сымптому—ікаўкі былі прапанованы розныя фізычныя мэтоды лячэньня: фарадызацыя і гальванізацыя n. phrenici аколіцы нутра (Oppenheim), зондаваньне страваходу нутравым зондам (Fuld), расьцягваньне вялікімі пальцамі абедзьвюх рук пад рэбрамі (Herrmann), націсканьне і перацяжка бінтом аколіцы epigastrium'a (Аствацатураў).

Амбуляторным хворым на істэрычную ікаўку мы прыстасоўвалі лячэньне душам, дыятэрміяй (адна хворая была загіпнотызавана), але мы не атрымалі ніякіх вынікаў.

Я таксама прыстасоўваў у стацыянарных хворых ікаўкаю вадалячэбныя процэдуры—агульныя ванны, душ Шарко, але яны ніякага палягчэньня нашым хворым не далі.

Тады я паводле рады профэсара М. Б. Кроля ўжыў гарачыя прамываньні страўніка (38°), спачатку першыя чатыры дні праз дзень, а далей—кожны дзень.

У працягу двох тыдняў ужываў праз дзень фарадычны ток 5 МА па 10' у ваколіцы дыяфрагмы; ток патроху ўзмацняўся.

Цераз тры тыдні пасьля паступленьня ў клініку хворая Л. Б. канчаткова вылячылася ад ікаўкі і выпісалася здаровай; у першай хворай таксама згінула ікаўка.

Прымаючы толькі пад увагу этыолёгічныя псыхогенныя фактары, я, як казаў вышэй, прыстасоўваў да сваіх хворых фізыотэрапэўтычныя мэтоды лячэньня. У гэтых адносінах гарачыя прамываньні страўніка мы мелі мажлівасьць паставіць разам з фарадызацыяй страўніка, бо гэтыя абодва комбінаваныя мэтоды ў значнай меры дзейнічалі шляхам наданьня.

Як нам здаецца, гарачыя прамываньні і фарадызацыя страўніка заспакойвалі боль і паслаблялі ікаўку.

У справе вызваленьня нашых хворых ад істэрычнай ікаўкі вялікую ролю адыграла псыхотэрапія, якую я праводзіў пасьля аналізу афэктыўнага пераажываньня у ў нашых хворых. Псыхоаналітычная школа кажа: „Лячэньне істэрычных хворых пойдзе тым хутчэй, чым болей доктар будзе паглыбляцца ў ранейшыя афэктыўныя перажываньні асобных пацыэнтаў; бяз гэтага паглыбленьня немагчыма дайсьці да зразуменьня хваробы і немажліва зрабіць ніякага ўплыву на хваравітыя тэндэнцыі пацыэнта“.

Мы ўжо казалі вышэй, што гіпноз у вадным выпадку, прыстасаваны намі, ня даў ніякіх вынікаў. Чаму-ж гэта? Гіпноз, як лячэбны фактар, у сучасны момант страціў сваю сілу. Гіпноз мае наогул шмат адмоўных бакоў.

Профэсар Аствацатураў кажа: „Найперш за ўсё, неабходна адзначыць, што гіпноз сам па сабе ёсьць становішча ненормальнае; карыстацца штучна ўтвораным ненормальным становішчам для таго, каб зьнішчыць які-небудзь сымптом, гэта ня зусім мэтазгодна“.

Пры гіпнозе ў хворага ня бывае практыкаваньня волі, пад уплывам гіпнозу ў хворага можа быць нахіл да наданьня (passion somnambulique).

Далей, пры дапамозе гіпнозу адсоўваецца толькі асобны сымптом, а ня ўся хвароба.

Прымаючы пад увагу ўсё вышэйадзначанае, я адмовіўся ад гіпнозу, а ўжыў, апрача фізычных мэтодаў лячэньня, яшчэ псыхотэрапію. Адным з распаўсюджаных мэтодаў псыхотэрапіі лічыцца мэтод лячэньня перакана624ньнем.

Першым пачаў яго ўжываць проф. Дюбуа, затым Бабінскі і Дэжэрын. Пры гэтым спосабе лячэньня хворы пасьля перакананьня пачынае разумець сваю хваробу; ён разумее, што можа вызваліцца ад яе; воля хворага прымае ўдзел у тым, каб вызваліцца ад гэтага сымптому.

Я таксама перакананьне ўжыў пры лячэньні сваіх хворых. Трэба было шмат цярплівасьці і ўвагі, каб накіраваць думку хворых на правіловы шлях. З аднаго боку, мне давялося даводзіць, што іх хвароба не страшная, што яна вылячыма; знаёміў хворых з прыродай і паходжаньнем хваравітага ўяўленьня ў сьвядомасьці хворага.

З другога боку, я падтрымоўваў настрой хворага і ўзмацняў яго волю к вызваленьню ад хваробы.

Дэжэрын удасканаліў гэты мэтод псыхотэрапіі: ён злучыў лячэньне перакананьнем з поўнай ізоляцыяй хворага ад яго звычайнай абстаноўкі, даў яму поўны спакой.

Далей, д-р Вэйр-Мітчэль у 70 гадох мінулага стагодзьдзя прыстасоўваў у леках поўны спакой з узмацненьнем кармленьня.

Па яго мэтоду хворы ізоляваўся ў больнічных умовах, да гэтага дадаваўся яшчэ масаж і электрызацыя.

Такім чынам, мы бачым, што спакой і ізоляцыя зьяўляюцца фактарамі лячэньня, утвараюць умовы, якія дапамагаюць правядзеньню псыхотэрапіі.

З вышэй адзначанага выходзіць, што: 1) істэрычная ікаўка вылячыма; мы павінны павесьці барацьбу за зьнішчэньне погляду на мясцох, што ікаўка невылячыма; 2) частата істэрычнай ікаўкі па Беларусі тлумачыцца: а) тым, што насяленьне ў нэрвовых адносінах надта нясталае, в) тым, што яно ў значнай ступені падлягала траўматызацыі ў час імпэрыялістычнай і грамадзянскай вайны; 3) хворы на істэрычную ікаўку павінен быць ізоляваны ў больнічных абставінах; 4) лячэньне хворага павінна праводзіцца мэтодам перакананьня з прыстасаваньнем фізычных мэтодаў лячэньня (гарачыя прамываньні страўніка і фарадызацыя ў аколіцы дыяфрагмы).

Літаратура.

1) Д-р Аранович—Эпидемическая икота в Ленинграде.
2) Проф. Аствацатуров—Психотерапия и психоанализ.
3) Проф. Даркшевич—III том—Психоневрозы.
4) И. Дежерин и Е. Гоклер—Функцыанальные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией.
5) Dr. Ernest Jones—Therapie der Neurosen.
6) Prof. M. Lewandowsky—Practiche neurologie für Aerzte.
7) F. T. Roberts--Theorie und Praxis der Medizin.
8) Strümpel-Müller—die Technik zu therapie des Nerwensystems.
9) Schmidt—Therapie der Magenkrankheiten.

К попытке лечения отосклероза удалением шейных симпатических узлов.

Отделение уха, носа и горла 1 Сов. б-цы (Зав. д-р Б. Л. Фельдман) и факультетской хирургической клиники БГУ.

(Директор, профессор С. М. Рубашев).

Врач Е. Теплиц.

Интерес к отосклерозу со стороны представителей специальности по ушным болезням проявляется давно. К сожалению, терапия отосклероза дала до сих пор мало утешительных результатов. Попытка излечить отосклероз удалением шейных симпатических узлов, наблюдавшаяся мною в факультетской хирургической клинике БГУ., дала мне повод заняться этим вопросом.

История болезни этого случая такова. Р. О., девушка 32 лет, по профессии переписчица, поступила в ушное отделение 17 сентября 1924 г. с жалобами на надоедливый шум в ушах, доводящий ее до отчаяния, быстро увеличивающуюся глухоту и головокружение. Считает себя больной 1 год 2 м-ца. Настоящее заболевание связывает с простудой. 1 г. 2 м-ца тому назад простудилась, появилась хрипота, головные боли и шум в ушах. Хрипота и головные боли быстро прошли. Шум остался. Шум в виде звона был вначале периодический, главным образом ночью, и когда сильно уставала, затем стал постоянным. Спустя 5 недель появилась глухота, сначала на левое ухо, а потом на правое, постепенно увеличивающаяся. С того времени шум усилился и тугость слуха быстро прогрессировала. Эти явления заставили больную обратиться в больницу, куда она была принята 17/IX-24 года. Никаких болезней не перенесла, гноетечения из ушей не было, глухих в семье не было, нервными болезнями не страдает, сифилис и алкоголизм отрицает. Со стороны внутренних органов уклонений от нормы нет. Менструация правильная, со стороны нервной системы отмечаются некоторые неврастенические явления.

Статус специальный: полость носа, придаточные полосы носа, носоглотка, глотка, гортань уклонения от нормы не представляют. *Уши:* ушные раковины нормальны; наружный слуховой проход—при щекотании чувствительность отсутствует (симптом Fröschel); обе барабанные перепонки целы, нормального цвета, рефлекс сохранен; при катетеризации Евстахиевой трубы воздух непрерывной струей ударяется в барабанную перепонку.

Исследование слуха: шопотная речь справа 1,5 м., слева—О; разговорная речь справа 4 м., слева ad concham. После продувания результаты исследования слуха те же. При исследовании камертонами через воздух низких камертонов не слышит вовсе. Rinne отрицательный с обоих сторон. Weber не лятеризуется. Schwabach с обоих сторон удлинен. Походка нормальная. Нистагм после вращения ясно выраженный. Калорический нистагм слабо выражен.

Исследование мочи и крови ничего патологического не представляет.

Диагноз: отосклероз.

Операция (профессор *Рубашев*). Разрезом по заднему краю musc. sternocleidomast. дошли до третьего апоневроза. Хорошо виден nerv. phrenicus. Видна также art. thyreoidea sup. и снизу вверх приходящий нервный стволик. Перерезана и перевязана art. thyreoidea inter; позади последней располагается ganglion cervicale medium. К верхнему узлу удалось с трудом добраться, последний вырван из окружающих его соединений. Точно также отыскивается ganglion stellatum, расположенный на передней поверхности vena subclavia: глухой шов на рану.

В течение первых шести недель, проведенных больной в клинике, можно отметить только незначительное ослабление шума, но зато присоединились: птоз верхнего века (enophtalmus) и сужение зрачка (Горнеровский симптомокомплекс) на оперированной стороне, боли в правой лопатке и руке. Через 5 месяцев больная вторично показалась. Шум снова усилился и очень беспокоит больную, слух понизился, шопотная речь справа 1 м.; разговор 2 м., слева без изменения. Костная проводимость (Швабах) укорочена с обоих сторон. Барабанная перепонка мутная, сильно втянута. Боли в правой лопатке и руке настолько значительны, что больная больше часу действовать рукой не может (писать, шить), после чего она падает как плеть. Больная жалуется на ослабление зрения. Кроме Горнеровского симптомокомплекса ничего не обнаружено.

Отосклероз еще до сих пор составляет темное место в отиатрии, вследствие полной неизвестности его этиологии. Болезнь развивается в периоде половой зрелости в возрасте от 20—40 лет. Только 3,5% заболевания отосклерозом доказано у больных моложе 15 лет. Поражает преимущественно женщин. По Bezold'у ушные заболевания у женщин составляют 42 проц. Заболевание же отосклерозом 58—69 проц. Отосклероз наблюдается с обоих сторон у 88,8 проц. Патолого-анатомическим субстратом болезни служит анкилоз стремени и также процессы в капсуле лабиринта, ведущие к превращению костной капсулы лабиринта в губчатую ткань. В этиологии отосклероза большую роль играет наследственность (Brühl, Alexander, Hartmann, Müller, Bezold). По Bezold'у 52 проц. отосклероза наблюдается у одного и у целого ряда членов одной и той же семьи. Körner u Hammerschlag проследили несколько поколений в пяти семействах и насчитали в них 43 отосклеротика. Отосклероз может поражать совершенно здоровое до тех пор ухо (Maus, Scheibe, Bezold, Politzer, Hartmann, Siebenmann, Dencer, Marnasseи др.) или присоединиться к существующим раньше процессам, например, к сухому катарральному или хроническому гнойному отиту (Lucas, Цытович, Прейс, Геймон, Cittelli, Blau и др.) Связь отосклероза с сифилисом (Habermann, Mannasse), туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями не доказано. Реакция Вассермана в большинстве случаев отрицательная. Только Busche нашел Вассермановскую реакцию положительной у 23,5 проц. Веск же получил положительную в пяти случаях из 42. Опыты лечения отосклероза сальварсаном привели к отрицательному результату. Что касается туберкулеза, то туберкулез других органов очень редко встречается у больных с отосклерозом „и трудно предположить, чтобы влияние туберкулезного яда в течение многих лет не выходило за пределы очага височной кости" (Гальперин). Eckert, Wittmak и Цытович считают причиной отосклероза венозный застой; Комендантов—рахит; Katz u Schvertze—подагру и ревматизм. В последнее время причиной отосклероза считают заболевание эндокринно-вегетативной нервной системы (Bauer, Ferreri.

Ратнер, Мауэр, Гальперин, Mannasse, Brüne, Vulpius, Lelernadie и др.). Предполагают, что в известном периоде развитие скелета, благодаря влиянию желез внутренней секреции, происходит неправильность, благодаря которой кость начинает васкулизироваться, разрыхляться, получает свойство спонгиозной Допускают связь отосклероза с функцией половых желез. (Dalche, Lebernadie, Regto, Sandor): болезнь появляется в периоде половой зрелости, ухудшается во время беременности и особенно после родов. Отосклероз сопровождается рядом симптомов, указывающих на увеличение гипофиза (Cittelli): явлением гипер—и дистиреоидизма, паращитовидной железы (Fuss, Freu, Regto, Sandor). Ряд симптомов, сопровождающих отосклероз, указывают на нарушение вегетативной нервной системы, повышение тонуса симпатического нерва: больные очень чувствительны к адреналину, благодаря симпатикотонии происходит уменьшение выделения ушной серы в заболевшем ухе. Arloing в 1891 году отмечает увеличение ушной серы при экспериментальной перевязке волокон верхнего отдела nervi sympatici, т. е. создав искусственно гипосимпатикотонию.

Cornil сообщает о случае одностороннего паралича шейного симпатического нерва с характерным Горнеровским симптомокомплексом, с постоянным образованием серных пробок на стороне паралича. Аналогичный случай доктор Ратнер наблюдал в клинике проф. Гервера с мигренью и Горнеровским симпомокомплексом на правой стороне с постоянным закупориванием серой правого уха. Причиной этого вышеуказанные исследователи считают нарушение вегетативной нервной системы с повышением тонуса симпатикуса. Повышенный тонус симпатического нерва ведет к спазму сосудов и местной анемии мозга, между прочим также в области nervi acustici и в лабиринте. Обычно вазомоторные явления быстро являются и быстро исчезают, если же они продолжаются долгое время, то они могут привести к стойким изменениям в тончайших сосудах stria vascularis улиткового канала, которые являются питающими сосудами лабиринтной капсулы, перепончатого лабиринта с Кортиевым органом. Повышение тонуса симпатикуса способствует развитию дистрофического процесса, лежащего в основе отосклероза. Brüning при симпатикотонусе нашел в симпатических нервных узлах хронические воспалительные изменения (мелкоклеточную инфильтрацию и разростание соединительной ткани). Он предложил удалить измененный центрально расположенный ganglion stellatum. Узел этот является центральным пунктом, откуда направляются симпатические пути для сосуда верхней конечности, плечевого сплетения и головы. Удаление шейного симпатического нерва с его узлам и уже давно было предложено при эпилепсии, глаукоме, Базедовой болезни, Lagophtalmus'е на почве паралича лицевого нерва. При отосклерозе удаление шейного симпатического узла было предложено в 1922 году французским ученым Delier, так как он считает причиной отосклероза симпатикотонию. На основании всех этих данных и нами была вышеуказанной больной произведена операция—симпатэктомия.

Выводы: 1) При неутешительных результатах терапии отосклероза до сих пор, попытка воздействия на процесс через симпатическую нервную систему следует признать допустимой; 2) хотя наш случай не дал никаких результатов, но вопрос о возможной связи между заболеваниями симпатикуса и отосклерозом следует поставить на очередь, изучая его с анатомической и физиологической точки зрения.

В заключение выражаю искреннюю благодарность проф. *С. М. Рубашеву* и д-ру *Л. Б. Фельдману* за указания в работе.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Brühl. „Отосклероз и соврем. способы исследов. функции уха“ 1911 г.

2. Ратнер. „Патогенетическая структура отосклероза (Русская отоларингология № 1 1924 г.).

3. Гальперин. „Очерк развития учения о так назыв. отосклерозе (Врачебное дело № 7-10 1921 г.).

4. Гальперин. „Внутрен. секреция и органы слуха“ (Вр ачебн дело № 6-8 1923 г.).

5. Wittmack. „Die Otosclerose auf Grund eigener Forschungen“ 19 г.

6. Rosokabe. „Über die Krorpelfungen in der Labyrintkapsel und über deren Zusammenhang mit dem otospongiotischen Herde“ (Zentralblatt für Hals, Nas. und Ohrenneilkunde BD III).

7. Denker und Brüning. (Учебн. ушн. болезн. 1915 г.).

8. Цытович. (Учебн. ушн. болезн. 1924 г.).

9. Leicher. „Blutkalkveränderung bei Otosclerose und ihre Beżiehung zur Störung der inneren Seckretc.

10. Волчек. „Ушные болезни“ 1925 г.

11. Волчек. „Сравнительн. наблюдения над тонусом барабанной перепонки при некоторых ушных заболеваниях („Вестник“ 1909 г. январь).

12. Перельман. „Современное состояние вопроса о хирургии симпатической нервной системы“ („Белор. медиц. мысль“ № 2-3).

К вопросу о гонорройном заболевании парауретральных ходов и их лечении.

Д-р А. Н. Моргулис.

Парауретральные ходы, как известно, представляют собою весьма тонкие, часто извилистые канальцы, длиною от 2 до 6 сантим., а иногда и больше, выстланные многослойным плоским эпителием и расположенные, большей частью, вблизи orificium externum urethrae на краю крайней плоти; реже они располагаются на дорсальной стороне penis'а и даже на raphe scroti. Такие 2 случая наблюдались и описаны Bruhns'ом. Еще реже встречаются пар. ходы, начинающиеся в самой стенке уретры вблизи orificium. Пар. ходы почти всегда оканчиваются слепо и лишь в редких случаях сообщаются с уретрой.

Вопросу о заболевании пар. ходов обыкновенно уделяется мало внимания, даже в обширных специальных руководствах. Просматривая довольно об'емистый труд Гана: „Острый и затяжной перелой", представляющий собою результат двадцатилетней госпитальной работы автора, я не нашел ни слова о заболевании пар. ходов. Несколько больше внимания уделяет этому вопросу Bruhns и отчасти Balzer. Что касается частоты этого заболевания, то по Lenartovitsh'у до 1913 года описано всего 15 случаев в литературе. Мне думается, что на самом деле число их значительно больше; скудная же цифра Lenartovitsh'а об'ясняется, быть может, недостаточно серьезным отношением к этим заболеваниям и вследствие этого неполной их регистрацией. Статистических данных после 1913 г. мне не удалось найти. Что касается личного опыта, то за последние 7 лет я наблюдал 8 случаев заболевания пар. ходов, причем 3 из них были летучие, т. е. лечения у меня не принимали; остальные 5 случаев начали и кончили свое лечение у меня.

В отношении заболевания пар. ходов приходится отметить, что оно является следствием распространения гонорройного процесса с уретры на близ лежащие ходы. Однако, не исключена возможность и негонорройного заболевания ходов. В „Annales de dermatologie et de syphiligraphie" за декабрь месяц 1924 года находим сообщение об одном случае негонорройного параурстрита, в котором были найдены при исследовании выделений псевдодифтерийные бациллы. Но на практике имеет значение, главным образом, гонорройное заболевание пар. ходов, возникающее во время течения острой гонорреи, причем, проникнув в пар. ходы, гонококки могут оставаться там продолжительный срок и, попадая от времени до времени в уретру, могут долго поддерживать болезненный процесс или же вызывать рецидив болезни.

Особенный интерес представляет заболевание тех ходов, которые расположены в стенках уретры вблизи orificium, так как, в виду своего скрытого положения, они часто ускользают от нашего внимания и тем затрудняют точный диагноз и лечение. Об одном из таких случаев, встретившемся в практике из числа 5-ти проведенных мною случаев, я и хочу сообщить.

В апреле 1924 г. ко мне обратился молодой человек 22 лет, учащийся, с жалобой на гнойное истечение из мочеиспускательного канала. При опросе оказалось, что он заболел гонорреей 2 года назад, т. е. в апреле 1922 г., в г. Бобруйске и немедленно обратился к местному врачу-специалисту, у которого проделал полный и систематический курс лечения, продолжавшийся два месяца. По окончании лечения больной произвел несколько раз исследования мочи, которые показали отсутствие каких либо следов гонорреи. В течение 3-4 месяцев он чувствовал себя совершенно здоровым, а затем, несмотря на отсутствие половых сношений и воздержание от алкоголя, стал замечать у себя по утрам слипание краев orificium urethrae и желтоватого цвета скудную капельку, причем рези при мочеиспускании не чувствовал, а испытывал по временам лишь легкий зуд в головке. Живя в деревне, больной не мог обратиться к врачу, и в течение полутора лет картина болезни не изменялась. В конце марта 1924 г. больной приехал в Минск, произвел два раза анализ мочи в различных лабораториях: оба раза найдены были гонококки в выделениях. С этими двумя анализами он и явился ко мне.

При исследовании больного в послеобеденное время я нашел следующее: у краев orificium urethrae—следы беловатой пленки, отсутствие выделений при надавливании, все три порции мочи прозрачные и лишь в первом стакане несколько мелких ниточек и хлопьев. Больному предложено было явиться на другое утро не мочившись. При осмотре на другой день найдено: края orificium склеены, при раскрытии отверстия и легком надавливании из уретры показывается скудная капля гноя; первая порция мочи мутновата, содержит много мелких нитей и хлопьев, 2-ая и 3-ья порции совершенно чисты. Бактериоскопическое исследование выделений обнаружило значительное количество гонококков, т. е. подтвердило правильность двух предыдущих анализов, принесенных больным. Я поставил диагноз: „Urethritis gonorrhoica chronica“ и приступил к обычному лечению хронической гонорреи. В течение 3-х недель я проводил антигонорройное лечение, но, к своему удивлению, никакого заметного улучшения не наступало: гнойная капелька по утрам не прекращалась, моча носила прежний характер. Между тем больной попрежнему придерживался строгого режима, избегая возбуждения, напитков и coitus'а. Обычно систематическое лечение даже и хронической гонорреи в течение трех недель всегда дает хотя бы частичный эффект, чего в данном случае не было. Я стал доискиваться причины затяжного характера болезни, еще тщательнее исследовать больного и вот, раскрывши orificium до максимума, я заметил в верхнем (или переднем) углу его перемычку и впереди нее маленькое углубление. Так как самый тонкий металлический зонд в него не входил, то я ввел зонд—щетинку, которая вошла в отверстие приблизительно на 5 сантим., при дальнейшем продвижении зонда больной стал уже испытывать боль. Когда я на следующее утро осторожно раскрыл у больного orificium и слегка надавил, то оказалось, что капля гноя вытекает не из самой уретры, а из

отверстия в верхнем углу ее, иначе говоря, из расположенного внутри ее парауретрального хода.

Очевидно, в самом начале болезни гонорройный процесс с уретры перешел на пар. ход и здесь оставался в течение двух лет, не давая, кроме легкого зуда, никаких болезненных ощущений и инфицировав вторично лишь передний отдел уретры. Что касается вопроса о том, сообщался ли пар. ход с уретрой или нет, то для выяснения я впрыснул в пар. ход несколько кубиков слабого р-ра Methylenblau и затем предложил больному помочиться; моча, правда, вышла слегка окрашенная в синий цвет, однако, возможно, что в мочу, при выходе её из orificium, попала капля р-ра Methylenblau из близ лежащего отверстия пар. хода, и этой капли было достаточно для окраски мочи. Поэтому утверждать, что в данном случае имелось сообщение хода с уретрой, не приходится.

Установив точный диагноз, я приступил, параллельно с лечением уретры, к лечению главного источника болезни, т. е. пар. хода. Сущест·ует, как известно, несколько способов их лечения:

1. Разрушение пар. хода с помощью гальванокаутера, тонкий конец которого вводится в пар. ход, и замыкается ток, или с помощью электролиза, т. е. введения в пар. ход иглы с тупым концом, которая соединяется с отрицательным полюсом гальванической батареи, и применяется ток приблизительно в 2 милиампера в течение около 3-х минут.

2. Способ, предложенный Дидэ, а именно: один конец тонкой платиновой проволоки вводится в пар. ход, а другой накаливается до тех пор, пока получается звук шипения, указывающий на полное разрушение канальца.

3. Хирургический способ, т. е. расщепление пар. хода с помощью узкого тупоконечного скальпеля по тонкому желобоватому зонду. Расщепление производится иногда в несколько приемов до полной облитерации пар. хода.

Перечисленные три способа, особенно электролиз, считаются наиболее радикальными, но они пригодны лишь при более или менее прямых ходах; при извилистых же и особенно узких и длинных ходах применение их очень затруднительно, не говоря уже о хирургическом способе, требующем специальной техники. В таких случаях приходится прибегать исключительно к способу четвертому, а именно, к вспрыскиванию бактерицидных растворов, главным образом, arg. nitrici.

Что касается крепости р-ра ляписа, то в этом вопросе различные авторы расходятся.

Одни, как Bruhns, рекомендуют слабые р-ры: от $^1/_2$% до 1% другие, как Wolf, Balzër, предлагает средние—2 %; Renant—от 2% до 5% и, наконец, третьи, как Хольцов, Дидэ, рекомендуют крепкие р-ры от 10% до 20%. Я начал со слабых р-ров и впрыснул сначала $^1/_2$%, через день 1% и затем, в виду отсутствия улучшения, еще через два дня вспрыснул 2% р—р arg. nitrici в количестве 2 кубиков. Получившаяся после третьего вспрыскивания реакция явилась для меня крайне неожиданной. В упомянутых выше четырех своих случаях я применял р-р arg. nitrici такой же крепости и, кроме небольшой припухлости и легкой скоро проходящей болезненности, никакой особенно резкой реакции не наблюдал. В данном же случае у б-го, спустя 10-15 минут после впрыскивания, получился сильнейший отек penis'a, особенно головки, и этот отёк сопровождался чрезвычайной болезненностью,

продолжавшейся несколько дней, в течение которых применялись: сначала примочки из Liquor Burowii, а затем согревающие компрессы и теплые ванночки 3-4 раза в день. Через несколько дней отёк прошел, и удалось осмотреть orificium, при чем из отверстия пар. хода обнаружено скудное слизистое отделяемое, которое спустя 4-5 дней совершенно прекратилось. После этого в течение двух недель применялись промывания передней уретры слабыми дезинфецирующими р-ми; моча во всех трех порциях стала одинаково чистой и прозрачной. Лечение было приостановлено, больному предложено перейти на нормальный пищевой режим и для пробы выпить алкоголя. Выделений не появилось, и моча оставалась чистой. Тогда лечение было прекращено, и спустя месяц произведено исследование 1-й утренней мочи, при чем обнаружено отсутствие гонококков и нормальное количество лейкоцитов. Повторный анализ еще чрез 2 недели дал такой же результат. Больному было сказано, что он здоров, и предложено показываться раз в неделю для наблюдения.

Таким образом лечение было окончено в конце мая, т. е. продолжалось около 2-х месяцев. После этого я имел возможность наблюдать больного в течение 9 месяцев, до февраля 1925 г., при чем его состояние оставалось неизменно хорошим.

При анализе настоящего случая возникают два вопроса. Первый: почему у больного, после первоначального, повидимому, правильного лечения, парауретральный ход в течение 3-4 месяцев не проявлял никаких признаков болезни, а затем, без свежего заражения, из него стал выделяться содержащий гонококки гной? Второй вопрос: чем об'яснить столь сильную реакцию после впрыскивания 2% р-ра arg. nitrici?

Из второго вопроса, само собою, вытекает третий: можно ли рекомендовать для впрыскивания в пар. ход 2% arg. nit., в виду вызываемой им сильной болезненности, особенно у чувствительных пациентов? Что касается первого вопроса, то здесь надо себе дело представить так. Повидимому, в самом начале заболевания, гонококки пробрались в весьма незначительном количестве в пар. ход и укрылись в нем, благодаря особенности его расположения в складках стенки уретры и долгое время не проявляли своей вирулентности, а затем, вследствие какого-то раздражения или инсульта, они стали размножаться, вызвав гнойное истечение и рецидив болезни.

Гораздо труднее об'яснить сильнейшую реакцию после впрыскивания 2% р-ра ляписа. Обычно, как я уже указал, рекомендуется р-ры от 1/2% до 20%; я взял сравнительно слабый р-р, и тем не менее получилась очень сильная реакция.

Что касается возможности погрешностей в технике впрыскивания, то в данном случае она была такая же, какую я всегда применяю, т. е. для впрыскивания беру тонкую иглу (канюлю) с тупым концом и одеваю ее на обыкновенный Luer'овский шприц. Так было сделано и в описываемом случае. Мне думается, что причину сильной реакции следует искать в *топографии* парауретрального хода. Большей частью, ходы расположены на краю крайней плоти или в sulcus coronarius, т. е. занимают *наружное* положение по отношению к orificium; реже они начинаются внутри стенки orificium, занимая таким образом, более *внутреннее*, *углубленное* положение, как это имело место и в нашем случае. Когда р-р ляписа, даже в сильной (10%—15%) концентрации попадает в поверхностно расположенный ход, то вызывает лишь кратковременное ощущение жжения; когда же р-р ляписа, хотя и

более слабый, попадает в укрытый слепой мешечек, особенно длинный и извилистый, то, повидимому, происходит быстрое его всасывание, и отсюда появляется столь сильная болезненность и столь быстрый и сильный отёк тканей.

Спрашивается, можно ли рекомендовать впрыскивание 2% р-ра arg. nitr. для уничтожения пар. ходов? Разумеется, лучше всего пользоваться электролизом или расщеплением хода. Однако, при узости и извилистости ходов эти способы мало пригодны. В этих случаях необходимо прибегать к впрыскиванию arg. nit., причем, в случае более наружного расположения хода следует впрыскивать р-ры покрепче: 5%—10%, а в случаях, подобных нашему, впрыскивать не более 2% р-ра, причем, лучше всего, во избежание слишком резкой реакции, сначала впрыснуть $^{1}/_{2}$% р-р, затем 1%, потом 1½% и, наконец, 2%. Промежутки между впрыскиваниями: день-два, в зависимости от степени реакции.

Наступившее сравнительно быстрое выздоровление в описываемом случае следует именно об'яснить тем, что с одной стороны, благодаря бактерицидному действию ляписа, с другой—благодаря отёку и вызванной сильной гиперемии тканей—гонококки быстро погибли, и болезнь была ликвидирована.

Лечение чешуйчатого лишая внутривенными вливаниями бромистого натрия.

Из клиники кожных и венерических болезней Белорусского Госуд. Университета.

(Директор проф. В. Ю. Мронговиус).

Ординатор клиники А. И. МЕЙЗЕЛЬ.

Усиленное действие некоторых лекарственных веществ, вводимых непосредственно в кровь, побудило Лещинского в клинике проф. Лукашевича испробовать лечение пузырчатки внутривенными вливаниями раствора соляно-кислого хинина; в 1912 году он опубликовал работу, где указывал, что получил результаты, хотя и хорошие, но процесс излечения подвигался очень медленно. Чтобы усилить действие соляно-кислого хинина, вводимого внутривенно, автор по Mosler'у начал вводить его в 0,85 проц. солевом растворе.

В 1913 году он опубликовал блестящий успех в 12-ти случаях, но этот метод тогда особенно широкого распространения не получил. В 1918 году опыты лечения внутривенными вливаниями хинина были поставлены д-ром Лебедевым в клинике проф. Павлова, который по предложению проф. Павлова стал применять такие вливания при красной волчанке, экземе, чешуйчатом лишае, Parapsoriasis'е, плоском лишае и др. В некоторых случаях он получал очень хорошие результаты.

В клинике проф. Павлова д-р Лебедев тогда же начал пробовать лечение некоторых кожных заболеваний внутривенными вливаниями солей брома. В своих опытах д-р Лебедев наблюдал резкую разницу между действием солей хинина и брома, вводимых per os и внутривенно, и что внутривенные вливания оказывают благотворные действия на упорные экземы, крапивницу, Dermatitis herpetiformis Dühring'a, Erythema exsud. multif. Pithyriasis Rose и во многих случаях гарантировали от рецидива. Быстро исчезали явления воспаления, красноты и отека, экссудации и ощущение зуда. Наблюдалась быстрая эпителезация и улучшение общего состояния больного. Д-р С. Т. Павлов, исходя из того, что при внутривенном введении действие хинина и брома становится не только более сильным, но и равноценным, полагал, что их благотворное действие на проявления болезни получается за счет раствора поваренной соли, которым пользовались для внутривенных вливаний.

В 1921 году д-р С. Т. Павлов по предложению проф. Павлова начал применять для лечения некоторых форм кожных заболеваний раствор поваренной соли от 0,96 проц. до 1 проц. в количестве от 5-ти до 100 куб. ст. за раз. В дальнейшем ограничились этим количеством, потому что, когда в некоторых случаях вводилось до 250 к. с., то эффект от этого не усиливался. Вливания больными переносились прекрасно. Не наблюдалась ни общая, ни местная реакция. Из 63 случаев,

наиболее просмотренных и изученных, 7 были псориатики. Добиться полного излечения только одними вливаниями без мазей удалось только один раз.

Также не поддавались полному разрешению давно существующие сильно инфильтрированные бляшки.

Лишь в периоде обострения процесса, когда, наряду с уже существующей высыпью, начинается появление новых элементов и старые начинают обостряться, окружаясь ярко-розовой каемкой, вливания давали хороший результат, вызывая быструю остановку дальнейшего развития болезни и таким образом ускоряя возможность применения таких препаратов, как хризаробин, деготь или белая преципитатная мазь.

Мы наблюдали 15 случаев чешуйчатого лишая, из которых двое были лечены вначале только 0,96 проц. солевым раствором, а остальные—10 проц. раствором брома в 0,96 проц. растворе физиолог. соли, по 10,0 за раз, причем эффект от введения 1,0 бромистого натрия в 10,0 и 50,0 повар. соли был один и тот же, так что мы остановились на 10,0 за раз ежедневно. Были испробованы исключительно солевые вливания в количестве 50,0 за раз на 2-х больных чешуйчатым лишаем в течение 10-ти дней. Существенного улучшения не получилось, и поэтому эти больные были тоже переведены на лечение внутривенными вливаниями 10 проц. раствора бром. натра.

Приведу вкратце истории болезней больных чешуйчатым лишаем из которых часть и сейчас находится под наблюдением, разбив их по действию брома на 4 группы.

Группа 1-я.—Гита Х. Еврейка 27 лет. Заболела 12-ти лет от роду. В семье больны—бабушка с отцовской стороны. Два раза за время болезни была совершенно свободна от высыпания в течение девяти месяцев. Два раза болела универсальным распространением высыпаний, после сильных нервных потрясений. Характер высыпания в настоящее время генерализированный. Со стороны прочих органов никаких отклонений от нормы нет. Лечение брома пришлось остановить после первых пяти вливаний из-за появившихся головокружений и тошноты час-два после введения. За время лечения вливаниями появилось много новых высыпаний.

б) Яков М.—20 лет. Еврей. Студент. Заболел в 1919 году после сильного испуга во время гражданской войны. Высыпания состоят из плотных сильно-инфильтрированных бляшек, покрывающих локти и колени и принимающих сливной характер на груди, животе, спине, ягодицах и передней поверхности голени. Все время своей болезни лечится. Лечился также внутренними вливаниями салицилового натрия. После первых двух вливаний—Acne bromica на лбу, шее, спине и груди, тошнота и отвращение к пище. Во все время лечения высыпания бляшек не прекращались. После третьего вливания эту терапию пришлось оставить.

Группа II-я.—Пять человек, из которых двое мужчин и три женщины. Все белоруссы, возраста от 20-ти до 25 лет. Начало заболевания с 16-ти, 17-ти и 18-ти лет. В семье наследственности нет. Форма высыпаний: плотные-инфильтрированные бляшки величиною с ладонь, сливающиеся между собой на туловище, животе, спине, ягодицах и голени и толстой корой покрывающие локти и колени. Внутривенные вливания брома комбинировались с 1 проц. хризаробиновой, салициловой пастой. После 4-го, 5-го вливания инфильтраты начали уменьшаться, а твердые чешуйки становились мягче и нежнее. Начали как бы таять. После 6-го вливания появилась эритема. Побочных явлений не наблюдалось. Больные чувствовали себя очень хорошо.

У 2-х больных чувство зуда исчезло уже после 3-го вливания.

В течение 10-ти дней инфильтраты продолжали уменьшаться, а чешуек становилось все меньше и меньше, но после 10-го вливания процесс перестал изменяться. Лечение было окончено 5 проц. хризаробиновой и преципитат. мазями. У 2-х больных для окончательного рассосания инфильтрированных бляшек были еще применены лучи Рентгена. Из этих 5-ти человек у одного рецидив появился 3 недели по окончании лечения, а у двух—5 месяцев по окончании лечения.

Группа III-я—4 женщины в возрасте от 22-х до 28-ми лет. 3 белорусски, одна еврейка. Больны с 12—15 летнего возраста. После сильных потрясений или нервных переживаний сыпь распространяется по всему телу и сильно зудит. В настоящее время характер высыпания состоит из инфильтратов величиной от горошины до 20-ти копеечной монеты, разбросанных по всему телу и волосистой части головы, на локтях эти высыпания принимают сливной характер. Лечились 10 проц. внутривенным вливанием брома и 1 проц. салицилово-хризаробиновой мазью. После 6-го вливания лейкодермические пятна на месте бывших папул. На 15-й день лечения заживление всех высыпаний. У 2-х из этих больных рецидив наступил через 2 и 6 недель после лечения, в виде нежных розовых папул на локтях и тыльной поверхности рук величиной с чечевицу.

Группа IV—3 девушки-подростки от 15-ти до 18-ти лет. Лечились только внутривенными вливаниями брома. После 8-го вливания на месте бывших высыпаний папулы величиной с чечевицу, покрытые нежной чешуйкой. Тогда же начала применяться 1 проц. хризаробино-салициловая паста. После 2-го смазывания эритема. Заживление на 7-й день комбинированного лечения. У одной из этих больных рецидив через 3 месяца по окончании лечения.

Итак, наблюдения над 15-ю больными чешуйчатым лишаем, леченными внутривенными вливаниями брома показали: 1) что одних вливаний для излечения мало; нужно комбинированное лечение дегтем, хризаробином, а в очень упорных случаях даже рентгеном, 2) что при этом кожа сенсибилизируется и излечение протекает бесследно, 3) когда кожа сильно инфильтрирована и наслоение чешуек очень обильно, когда психика больного возбуждена зудом и чувством угнетения болезнью, вливания действуют успокаивающе и ободряюще и 4) от рецидивов вливания брома отнюдь не гарантируют.

На чем же основано действие внутривенных вливаний брома?

Брук уже в 1911 году с целью выведения из организма токсинов предлагал лечить токсико-дермии промыванием крови, т. е. кровопусканием не менее 250-ти куб. с., а затем подкожно 1000-1500 к. с. солевого раствора или внутривенно не более 500 к. с.

Таким образом лечили экзему у детей, т. е. солевой раствор играет роль, когда в крови появляются различного рода токсичные вещества, т. е. в случаях анафилаксии. Таким образом, вливаниями солевого раствора мы можем предотвратить или сделать менее бурными явления анафилаксии. (Friedberger и д-р С. Т. Павлов).

Фридбергер и С. Т. Павлов из этого положения делают еще вывод, что вливания солевого раствора успокаивают нервную систему, понижая ее чувствительность. Но мы, вводя бром в солевом растворе таким образом, тем более действуем на нервную систему, которая при псориазисе имеет довлеющее значение.

Возможно также, что внутривенные вливания брома действуют, как препараты не специфической терапии, оказывающие активирующие действия на жидкость и клетки всего организма повышением силы и мощности его изменениями в состоянии коллоидального равновесия.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Leszczyński. Archiv f. Dermat. und Syph. 1912 стр. 114.
2. Leszczyński. Archiv f. Dermat und Syph. 1919 „ „
3. Mozler. Deutsche med. Wochenschrift.
4. Лебедев А. Н. „Мед. журнал“ 1922, №4.
5. Павлов С. Т. „Журнал для усов. врачей“ 1923, №2.
6. Luithlen. Vorles. über pharmac. d. Haut. 1921.

Обзоры и рефераты.

„Новая Хирургия" май 1925 г. Москва, изд. Мосздравотдела.

Вновь появившийся хирур. журнал представляет собою явление, интересное со всех точек зрения. „Новому Хирургическому Архиву" было не под силу справиться с той литературой, которая текла к нему со всех сторон; „Новая Хирургия" должна притти ему на помощь. Желание не рвать со славным прошлым ясно проглядывает в самом названии: мысль Ленинградской школы естественно базировалась на б. „Хирургическом Архиве", мысль Московской исходила из Дьяконовской „Хирургии". С „Новой Хирургией" воскресает дорогой сердцу, особенно провинциальных хирургов, Московский журнал, но возникает с новыми задачами и тенденциями: кроме хирургии чисто клинической—журнал намерен культивировать хирургию социальную, о чем подробно говорит вступительная статья редакции. Этот момент важно отметить, как показатель того, что современное направление медицины коснулось и хирургии. На 7 статей обще-хирургического характера имеется три работы в отделе социальной хирургии. Из последних останавливает на себе внимание работа В. Р. Хесина „Трудовой фактор и грыжевая болезненность в России"—как по обширности материала, которым оперирует автор, так и по исходным точкам зрения. Нельзя не упомянуть об очень интересной попытке А. М. Заблудовского, написавшего статью „Что читать по хирургии", где он указывает все наиболее важное из современной хир. литературы для чтения молодому хирургу. Содержание первого номера прекрасно, и через короткое время журнал станет таким же необходимым, как и его старший брат—„Нов. Хир. Архив". Небезинтересно отметить, что издателем является Московский отдел Здравоохранения: правильная политика, понимающая, что под'ем дела здравоохранения лежит через повышение уровня квалификации его деятелей.

Проф. *Рубашев.*

Микробиологический журнал т. I. Вып. I. 1925.

Ленинград, стр. 1—98.

Вышедший на днях I-й выпуск I-го тома Микробиологического журнала под ред. акад. Д. К. Заболотного, Я. Ю. Либермана, П. П. Маслопевца, проф. Г. А. Надсона и акад. В. Л. Омелянского восполняет ту нужду в специальном журнале, о которой говорилось на последних с'ездах. Ленинград с его многочисленными научными учреждениями, с его богато оборудованными типо и литографиями, больше чем какой либо другой город имеет право и возможность

иметь свой журнал по микробиологии. Если же принять во внимание, что „журнал ставит себе целью поддерживать живую научную связь с институтами и лабораториями и служить откликом научной жизни нашей страны и заграничных центров“, другими словами, что он не является замкнутым органом ленинградских научных учреждений и широко открывает свои двери как во всесоюзном масштабе, так и для заграничных работ, то станет вполне понятным, почему все работники по микробиологии должны приветствовать появление этого журнала.

Проф. *И. Титов.*

Подразделение болезней-почек и их терапия.

Felix Klewitz (Königsberg).

(„Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ 1925 г. № 1).

В первой части своей обширной статьи автор останавливается на подразделении болезней почек на нефрозы и нефриты (в полном соответствии со взглядом вышедшего недавно в русском переводе труда Vollhard'a и Fahr'a). Отдельно Klewitz рассматривает вторичную сморщенную почку, являющуюся конечной стадией хронического гломерулонефрита, и первичную генуильную сморщенную почку с высоким кровяным давлением и без изменений со стороны мочи. Сюда относятся случаи, у которых кров. давление в течение многих лет доходит до 180-200, что должно повлечь за собою артериосклеротические изменения сосудов почки с последующим сморщиванием ее. Многие гипертоники, однако, погибают от сердечной недостаточности или апоплексии, прежде чем разовьются изменения со стороны почки.

Большая часть статьи уделена вопросам диэты. В отношении ограничения жидкости автор предлагает 3 типа питания в зависимости от способности почки выводить воду: 1) полное запрещение питья в течение 1—3 дней (эти дни жажды превратятся естественно в дни голодовки); 2) разрешается пить столько воды, сколько больной выделяет мочи; 3) разрешается пить до 1½ литра в день. Самое здоровое питье для почечных больных вода или вода с сиропом. Сильно щелочные минеральные воды вредны. В отношении поваренной соли предлагаются 4 типа питания: 1) полное выключение поварен. соли; 2) разрешается 5 гр. соли в сутки. Распределение этого количества должно быть предоставлено самому больному; 3) разрешается 10 гр.; 4) разрешается 15 гр. Как замена соли рекомендуется муравьино-кислый натр, который можно давать до 4 гр. в сутки. В кратком реферате мы не можем, к сожалению, остановиться на подробном перечислении диэт для разных форм гломерулонефритов, нефрозов и сморщ. почек. Укажем лишь, что этот отдел разработан очень подробно и заслуживает внимания при составлении примерных меню для клиник и диэтических столовых.

В отношении лекарственной терапии рекомендуется для борьбы с отеками мочевина в количестве 30-50 гр. pro die в молоке (разумеется, не при нефритах, при которых азотистый обмен сильно нарушен. Для той же цели у некоторых нефритиков показан тиреоидин). Для понижения кров. давления чисто симптоматически можно применять такую пропись:

Kal. nitric. 1,2
Natr. nitros. 0,03
Natr. bicarbon. 1,8.

S. Утром натощак в стакане воды; или natr. nitros. внутривенно (2% раствор 1 кубик).

Статья написана очень просто, что является весьма большим достоинством, и может послужить введением в более подробное руководство по клинике нефрозов и нефритов.

А. Поляк.

Тахикардия и ее лечение.

Prof. Dr. H. Winterberg (Wien).

(„Zeitschrift für ärztliche Fortbildung". 1925 № 1).

Тахикардии, как таковые, могут быть разделены на *синусные и гетеротопные*. *Синусные* могут быть сердечного и экстракардинального происхождения. В обоих случаях речь идет о возбуждении Keith-Flack'овского узла. При тахикардиях сердечного происхождения не представляется возможным отличить, кто в большей степени заинтересован: мышечная или нервная ткань и от кого из них исходит первичное возбуждение. Сюда относятся тахикардии от употребления пряностей, кофе, чая, никотина и тахикардии при инфекционных болезнях, туберкулезной интоксикации, базедовой болезни. К экстракардинальным тахикардиям относятся так называемая эмоциональная тахикардия и связанная с нею ортостатическая. Все эти тахикардии в отличие от гетеротопных меняются в зависимости от дыхания, давления на n. vagus, перемены положения туловища, работы. *Гетеротопные* тахикардии делятся на: 1) трепетание предсердий, 2) мерцание предсердий и 3) пароксизмальную тахикардию. На пароксизмальной тахикардии (тахикардия всех отделов сердца) автор останавливается подробно (тахикардиям предсердий будет посвящена статья в друг. №), рассматривая механизм ее и останавливаясь на клинической картине. Автор считает, что все применявшиеся до сих пор средства для лечения тахикардии не имеют никакого значения и только хинин, введенный внутривенно в дозе 0,5, имеет свойство прекращать тахикардию почти мгновенно.

А. Поляк.

Лечение туберкулеза Sanokrysin'ом по Mollgaard'у.

Bacmeister [St. Blasien].

(„Deutche med. Woch." № 5 1925.)

Голландский врач Möllgaard предложил новое средство для лечения туберкулеза, восторженно встреченное в газетах. Опыт, однако, показывает, что пока дозировка Sanokrysin'a не выработана, применять его крайне опасно. Дело сводится к чрезвычайно ядовитому для палочек Koch'a препарату золота. Раствор 1 : 100.000 убивает в организме человека все палочки Koch'a в течение 24 часов. Вслед за растворением палочек освобождается огромное количество эндотоксинов, которые неоднократно вызывали в Копенгагене (где это средство применялось) смерть от туберкулинового шока. Для противодействия этим токсинам в кровь больного вводится сыворотка лошади, в течение многих месяцев иммунизируемой живыми палочками и разведениями туберкулина. По изложенным выше причинам средство не нашло широкого применения.

А. Поляк.

Оценка реакций коллоидальной химии в крови для прогностики туберкулеза легких.

Priv-Doz. Deutsch (Med. Uniwersitätsklinik Rostock, Direktor: Prof. Curschmann).

(„Deutsche med. Woch.“ № 6. 1925).

Автором проделывались следующие реакции с кровью туберкулезных: на скорость осаждения эритроцитов, вязкость, содержание белка, а также реакция Pirquet и диазорекция. Больные с доброкачественными формами, фиброзные процессы, сухие плевриты и железистые процессы в общем давали ясное, но умеренное ускорение осаждения. Самое большое ускорение осаждения давали экссудативные формы. Автором замечено, что все перечисленные реакции в общем меняются с улучшением или ухудшением процесса, а посему могут служить подсобными прогностическими средствами.

А. Поляк.

Опыты с Krysolgan'ом при туберкулезе.

Dr. Henius *(ассистент клиники* Charite *в Берлине).*

(„Deustche med. Wocherschrift“ № 14. 1925).

Krysolgan—препарат золота, родственный Sanokrysin'y Moelgaard'a. Его формула CO O Na $C_6 H_3$ NH_2 S Au COO Na и он не имет ядовитых свойств Sanocrysin'a. Впрыскивания производятся как ин'екции туберкулина с промежутками в 13—14 дней в зависимости от температурной реакции. Автор получал благоприятные результаты особенно при надозных формах tbc и в особенности при комбинации с туберкулиновой терапией. Почти во всех случаях леченных Krysolgan'ом автор наблюдал улучшение прогностических реакций, (Pirquet, урохромоген, скорость осаждения эритроцитов и т.д.) Полезно также лечить Krysolgan'ом случаи с экссудативной формой туберкулеза, предназначенные в дальнейшем для лечения искусственным пнеймотораксом.

А. Поляк.

Плевриты от лечения искусственным пнеймотораксом.

Al. Pissavy.

(„La Presse Medicale“). 28/III 1925.

Как известно, плевриты образуются в 60% случаях лечения искусств. пнеймотораксом. Все плевриты этого рода можно разделить на: 1) выпотные плевриты с доброкачественным течением; 2) сухие плевриты; 3) плевриты смешанного типа; 4) тяжелые септические плевриты. Плевриты последнего рода встречаются чрезвычайно редко (2,7% по статистике автора) и часто зависят от инфекции, исходящей из легкого.

В отношении обычного доброкачественного плеврита надо помнить, что он только облегчает сдавление легкого. Если легкое сдавлено

выпотом и воздухом и необходимо уменьшить давление, лучше выпустить воздух из воздушного кармана, чем откачивать жидкость.

Автор приводит истории болезней больных, у которых пнеймоторакс сам по себе не давал улучшения, между тем, как образовавшийся в результате лечения выпотной плеврит вызвал падение температуры и длительное улучшение общего состояния.

Что касается сухих плевритов, то опыт показывает, что кроме тех сухих плевритов, в отношении которых все попытки вмешательства тщетны, наблюдаются такие, которые только временно остаются сухими. Постепенно начинает накапливаться экссудат и листки плевры растягиваются. Автор полагает, что в таких случаях нет никакой надобности выпускать жидкость и заменять ее воздухом, т. к. сдавление существует и без этого, а травматизировать плевру незачем. Статья написана весьма обстоятельно и представляет несомненный интерес для врача, лечащего наложением пнеймоторакса.

А. Поляк.

Продолжительность диазореакции и ее значение при туберкулезе легких.

Dr. Wilhelm Schnippenkötter (Davos).

(„D. M. W.“ № 12. 1925.)

Lemmens сообщает о том, что по его наблюдениям туберкулезные больные погибают не позже 3 мес. и одной недели после того, как устанавливается положительная диазо-реакция. Только наложение пнеймоторакса может перевести положительную реакцию в отрицательную и тем продлить жизнь. Автор реферируемой статьи напротив наблюдал 6 случаев, где у больных наблюдалось продолжительное улучшение с исчезновением диазо-реакции и временным возвратом трудоспособности. Интересно, что диазо-реакция исчезала раньше, чем рекция Weiss'a на урохромоген в моче. При образовании плевритических экссудатов (Janssen) — если только они не зависят от наложения пнеймоторакса — часто наступает положительная диазо-реакция даже в клинически вполне доброкачественных случаях.

Прав был Эрлих, когда утверждал, что диазо-реакция в общем указывает на тяжелые случаи со скверным прогнозом, но что в некоторых случаях наблюдается временное улучшение с исчезновением реакции.

А. Поляк.

Лейкопения и туберкулез. К вопросу о диагнозе и прогнозе протекающего с высокой температурой туберкулеза на основании картины крови.

Dr. W. Jülich (Hamburg).

(„D. M. W.“ № 10. 1925)

Автор приводит выдержки из 31 истории болезни, из коих следует, что туберкулез с весьма высокой лихорадкой так часто протекает с абсолютной и относительной лейкопенией, что это обстоятельство приобретает значение для дифференциального диагноза. В сомнительных

случаях с высокой температурой, где можно исключить другие инфекции с лейкопенией, всегда надо помнить о туберкулезе.

В отношении прогноза неблагоприятно относительный полинуклеоз с одновременной лимфопенией, увеличивающейся в течение болезни. Напротив, благоприятным симптомом является увеличение числа лимфоцитов и падение количества полинуклеатов. Эозинофилы в неблагоприятных случаях встречаются редко. Увеличение их числа всегда указывает на благоприятный прогноз.

А. Поляк.

К вопросу о реакции на скорость осаждения эритроцитов и дифференцировке легочного туберкулеза по составу крови.

Dr. Siegfried Müller.

(„D. M. W.“ № 9. 1925).

До настоящего времени мы не имели серологической реакции на активный туберкулез. Реакции Безредко, Wassermann'a, Forret'a, Matefys не являются специфичными только для туберкулеза. Точно также и реакция на скорость осаждения эритроцитов говорит только о наличии распада белков. Реакция имеет, однако, значение для определения степени злокачественности случая. Из прилагаемой таблицы видно, что случаи с тяжелыми кавернозными процессами давали значительное ускорение реакции. Случаи, у которых наложение искусств. пнеймоторакса давало заметное улучшение, сопровождались замедлениями реакции вдвое и больше. Исходя из этих наблюдений, автор пользуется реакцией осаждения эритроцитов как чувствительным, биологическим реактивом для оценки состояния больного и суждения о происходящих улучшениях или ухудшениях в течение болезни.

А. Поляк.

Eskil Kulin Eksio. К вопросу об этилогии эссенциальной гипертонии.

(„Klinische Wochenschrift“ 1925 № 17.)

Автор является сторонником учения Wolhard'a о гипертонии. Эссенциальная гипертония, не зависящая от изменений в почках является болезнью конституциональной, часто наследственной в определенных семьях. Встречается она чаще всего в возрасте 40-50 лет и должна рассматриваться как состояние патологическое. Существует зависимость между гипертонией и угасанием половой потенции; у женщин она часто, развивается с наступлением climax'a. Повышение кров. давл. при эссенциальной гипертонии колеблется в разные часы дня и зависит от положения тела. Автор относит эссенциальную гипертонию к заболеваниям вегетативной нервной системы, родственным бронх. астме, функциональным неврозам, а также язве желудка. Это все заболевания ваготонического порядка, связанные с ваго-симпатическим равновесием и воздействием на него гормонов. Klemperer и Volhard отмечают причинную связь между психогенными потрясениями и эссенциальной гипертонией. Так, эта болезнь часто наблюдается за границей у русских эмигрантов. Что касается терапии, то здесь надлежит применять покой, sedativa и те средства, которые могут произвести сдвиг в вегетативной установке организма (сера, молоко парэнтерально и т. п.), также кальций и атропин.

А. Поляк.

C. Prima. К оценке Peritonitis serosa acuta idiopathica.

(Zb. f. Chir. № 10. 1925).

Каждому из хирургов знакомы те формы серозных перитонитов, которые, без всякой видимой причины, протекают крайне бурно. Отсутствие видимой причины не говорит, конечно, против наличия определенного анатомического повреждения. Из приведенных автором историй болезни вытекает, что такие перитониты встречаются у молодых суб'ектов между 2 и 3 десятилетием, т. е. у тех, у которых еще физиологически повышены некоторые жизненные проявления и которые реагируют на внутрибрюшинные поражения усиленным экссудативным процессом, в то время как более пожилые склонны к перитонеальным сращениям. Автор того мнения, что Peritonitis serosa acuta idiophatica, собственно говоря, не существует; если же мы таковой предполагаем, то это является уступкой нашей неопытности в оценке заболеваний различных органов.

М. Р. Вебер.

Aschner. Венекция как профилактическое средство послеоперационных осложнений и при воспалении внутренних органов.

(Munch. med. Woch. № 9. 1925).

Несмотря на самый тщательный наркоз, остановку кровотечения, полнейшую асептику, правильную технику шва и местную анэстезию, приходится после операции на брюшной полости переживать целый ряд осложнений. Как профилактическое средство против осложнений автор применял в течение 6 лет венесекцию, исходя из следующих соображений: после всякого ранения в первые дни возникает реактивная гиперемия, которая и без бактерий обнаруживает воспалительные явления, могущие принимать тяжелый характер. Осложнения же на легких и сосудах (флебиты, тромбозы) носят также воспалительный характер. Убедившись в антифлогистическом свойстве венесекции, автор стал применять последнюю при брюшных операциях, выпуская непосредственно за операцией $^1/_4$ L. крови из кубитальной вены. Очень хороший успех при 76 ляпаратомиях.

М. Р. Вебер.

F. Reischauer. К возникновению гипертрофии простаты.

(Zb. f. Ch. № 10. 1925).

Большинство авторов в настоящее время склонно рассматривать гипертрофию простаты (Г. П.) как новообразовательный процесс. Старый взгляд, что Г. П. есть следствие воспаления артериосклеротических изменений или нарушенного внутрисекреторного равновесия, не выдерживает больше критики. Автор исследовал 130 желез и пришел к следующему заключению: диагноз Г. П. ставится при наличии узловатых образований. В большинстве случаев имеется образование узлов без заметного увеличения самой железы, при чем говорят об анатомической Г. П. Последняя редко встречается до 50 л.; до 45 л. приходится говорить о физиологическом увеличении органа. Между 50 и 60 л. Г. П. встречается в 40%, между 60—70 л. в 75%, еще позже почти как правило. Вес простаты уменьшается только с 70 л. Автор наблюдал у шейки пузыря и в уретре у Colliculus'а множественные очаги из молодых веретенообразных клеток, которые ничем не отличаются от фибромиомы матки.

М. Р. Вебер.

Prof. Joseph. К вопросу о лечении рака мочевого пузыря.

(Münch. med. Woch. № 2. 1925).

Результаты хирургического лечения рака мочевого пузыря по сравнению с другими опухолями крайне плохи, что об'ясняется анатомическими особенностями данного органа. В виду этого автор применяет интравезикальное лечение термо и хемокоагуляцией. Для последней цели применялись кристаллы сухой трихлоруксусной кислоты, которые нагреваются в пробирке до появления кристаллизационной воды, благодаря чему получается концентрированный раствор, к которому прибавляют 4-5 капель глицерина, чтобы кислота опять не кристаллизовалась. Употребляют 2 ccm кислоты, которая вводится через катетер под контролем цистокопа. Для того, чтобы кислота не разбавлялась в пузыре, последний наполняют 150 ccm прозрачного парафина. Автор приходит к следующим выводам: 1) расположенные у верхушки пузыря опухоли должны быть широко резицированы; 2) при опухолях основания пузыря—тотальная экстирпация; 3) когда больные отказываются от последней—термо и хемокоагуляция; 4) тотальная экстирпация при далеко зашедших случаях не является радикальным лечением.

М. Р. Вебер.

Prof. Anschütz. Диагноз и прогноз при хирургическом лечении рака желудка.

(Münch. med. Woch. № 1 1925 г.).

Автор располагает 1156 случаями Кильской хирургич. клиники с 1901-1922 г. Число карциноматозных больных в последние годы не увеличилось. Наибольшее значение для диагностики Ca желудка имеют скрытое кровотечение и рентген. Автор приводит таблицу диагноза и показания к операции.

	Скрытое кровотечение	Рентген.	Диагноз	Терапия
1)	+	+	Ca весьма вероятен	Операция показана
2)	+	неопредел.	Ca под сомнением	Пробная ляпаратомия
3)	+	норма	Ca едва ли возможен	Обождать
4)	--	норма	Ca—	Операция не показана
5)	—	неопредел.	Ca едва ли возможен	Ляпаратомия.
6)	—	патологич.	Ca почти исключается	Ляпаратомия.

Автор высказывается против G—E и применяет ее только при действительно иноперабильных случаях. После G—E больные в среднем остаются в живых 180 дней. Наилучшей операцией является резекция. Лечение рака желудка не просто хирургическая проблема, а скорее биологическая.

М. Вебер.

Prof. D. Antić. Experimentelle Arbeiten über die Immunität der Malaria.

(Centralblatt für Bakteriologie etc. Band 94, Heft 2).

Работы Росса, Грасси, Цимана выяснили, что циркулирующие в крови человека малярийные плазмодии могут получить свое дальнейшее развитие исключительно в теле комара Anopheles.

Р. Кох в целом ряде опытов пытался инфицировать кровью малярика различных животных и в том числе обезьян и доказал, что жизнь малярийных плазмодиев происходит только в рамках круга, замыкаемого с одной стороны человеком, а с другой—комаром.

Экспериментальные работы автора над кроликами привели к темже отрицательным результатам.

Трем кроликам была введена подкожно и интравенозно кровь маляриков, содержащая плазмодии трехдневной и тропической лихорадки.

Многократные исследования крови кроликов, произведенные после заражения, не обнаружили малярийных плазмодиев. Стало быть, организм кролика обладает иммунитетом по отношению к малярии. Чем-же об'яснить этот иммунитет? Либо в крови resp. в плазме содержатся антитела, способные уничтожить малярийных плазмодиев, либо эритроциты не представляют подходящей почвы для внедрения паразитов.

Дальнейшие опыты автора дают отчасти ответ на поставленный вопрос.

Кровь малярика смешивается с равным количеством кроличьей крови и впрыскивается здоровому человеку. После 11 дневного инкубационного периода наступает заболевание малярией. Ни сокращения инкубационного периода, ни более легкого течения не наблюдается. Далее автор вводит кроличью кровь интрамускулярно 2-м больным малярией (одному болевшему трехдневной лихорадкой, а другому тропической). Кроличья кровь не оказала никакого терапевтического действия на ход болезни.

Автор приходит к выводу, что кроличья кровь не содержит какихлибо паразитоцидных тел. Иммунитет-же кроликов по отношению к малярии зависит исключительно от структуры эритроцитов, не позволяющей плазмодиям проникнуть в них.

Д-р *Я. Раховский.*

Prof. D. Antić. Immunität der Malariker gegen Superinfektion.

(Centralblatt für Bakteriologie etc. Band 94. Heft 2).

Вопросы иммунитета при малярии до сих пор занимают умы крупнейших ученых и исследователей в области малярийной инфекции. Однако, окончательного разрешения этот вопрос еще не получил. Литературные данные весьма разноречивы.

Ziemann полагает, что по отношению к малярии существует индивидуальный, естественный иммунитет, подобно тому, как это бывает по отношению к оспе, кори, скарлатине. Однажды перенесенная болезнь или несколько рецидивов могут привести к приобретенному иммунитету. Последнее подтверждается экспериментально, когда люди, перенесшие малярию, не заболевают при искусственном заражении. Врожденный

иммунитет, по мнению Цимана, может быть лишь относительным, кратковременным—это резистентность, получаемая ребенком от матери при рождении. Приобретенный иммунитет Циман также считает относительным, появляющимся сначала по отношению к малярийному яду, а затем постепенно и к малярийным паразитам. Несмотря на то, что Циман не мог найти паразитолизинов ни в сыворотке больных малярией и выздоровевших от нее, ни в сыворотке иммунных к малярии животных, все-же он считает, что во время болезни накопляются паразитоцидные тела, способные убить определенное число паразитов.

Kolle u Hetsch полагают, что при малярии естественного иммунитета не бывает. Многократные инфекции малярии приводят к приобретенному иммунитету, отличающемуся строгой специфичностью к отдельным видам малярийного плазмодия.

Celli, больше всего работавший в этом направлении, отрицает возможность иммунитета при малярии: однажды перенесенная малярия ведет к рецидивам и располагает к новым инфекциям. У людей кахектичных, истощенных продолжительной малярией, с ненормальной печенью и селезенкой реинфекция может дать более легкую, слабую форму.

Сыворотка малярика не предохраняет здоровых от заболевания и не сокращает инкубационного периода. Антител не найдено также ни в селезенке, ни в мозгу, ни в костном мозгу. Яд, добытый у зараженных комаров Anopheles, не обладает иммуницирующими свойствами.

Настоящая работа автора представляет значительный интерес, подтверждая возможность приобретенного иммунитета.

Автор вводил двум больным трехдневной малярией через шесть и десять дней после того, как, под влиянием хинного лечения, у них в периферической крови исчезли паразиты, внутривенно 1 и 2 кубических сантиметра крови богатой гаметами и шизонтами. Больные совершенно не реагировали на ин'екцию. В крови не было обнаружено плазмодиев. Реакция на уробилиноген отрицательная. Количество лейкоцитов не уменьшено, лейкоцитарная формула не изменена. Вторичное введение 2 куб. с. крови малярика одному из названных больных также не вызвало никакой реакции.

Автор считает, что в приведенных случаях имело место появление иммунитета против суперинфекции малярийными плазмодиями. Реинфекцию трудно допустить, так как кратковременное лечение хинином упомянутых больных не могло их окончательно освободить от паразитов. И если последние отсутствовали в периферической крови, то из селезенки и костного мозга они вряд ли исчезли.

Для об'яснения иммунитета к суперинфекции автор делает два предположения: 1) находящиеся в костном мозгу и селезенке паразиты получают там целлюлярную или гуморальную невосприимчивость, которая предохраняет организм от новой инфекции; 2) организм совершенно освобождается от паразитов как в периферической крови, так и в органах, но некоторое время остается иммунным к новой инфекции.

Оба предположения автор считает вероятными.

Д-р Я. Раховский.

Prof. H. Zieman. Uber Kriegsmalaria.

(Klinische Wochenschrift № 2—1925)

Настоящая статья представляет обзор эпидемиологических, паразитологических и клинических особенностей, наблюдавшихся во время войны преимущественно среди германских и союзных с ними войск.

Мировая война, огромная территория театра военных действий, передвижение армий чрезвычайно благоприятствовали распространению малярии. Число заболеваний среди фронтовых армий возросло до 15,94 на 1000 и далеко опередило число заболеваний дизентерией, холерой и сыпным тифом. Помесячная кривая малярийных заболеваний обнаруживает в 1916 году тупую вершину в июле, августе, сентябре и октябре; в 1917 году постепенное повышение в апреле, мае и острый под'ем в августе, сентябре; в 1918 году крупный под'ем в мае и июне. Автор полагает, что в 1916 году имели место исключительно новые заболевания, в 1917 году рецидивы предыдущего года, а в 1918 году часть рецидивов и часть новых заболеваний. Заболеваемость среди английских войск на Салоникском фронте выражалось цифрой 10,53 на 1000 в течение трех лет, при чем смертность колебалась от 1,17%. до 2,02%. Число больных среди болгарских войск на македонском фронте достигало 400.000, а смертность среди австрийцев в Албании доходила до 5,8 проц.

Как это не раз наблюдалось в предыдущие войны, последняя мировая война привела к усилению малярийных заболеваний внутри страны среди гражданского населения. Так заболеваемость в округе Эмден (Германия) поднялась в 1918 году с 958 до 4048 больных, а смертность от малярии в Германии поднялась с 19 до 353 за год. В Англии, совершенно свободной от малярийных заболеваний, наблюдались в 1917 г. 200 случаев. Багдад, Ливанские горы, прежде совершенно здоровые от малярии местности, давали много случаев в военное время, в том числе тяжелые формы Malaria tropica. Это увеличение малярийных заболеваний, наблюдавшееся в первые годы после войны, постепенно снизилось до прежнего уровня во всей Европе, кроме России.

В отношении паразитологии автор не отмечает ничего нового. Те же виды малярийных плазмодиев; при чем паразиты тропической лихорадки разделяются автором на 2 разновидности: Laverania Malariae и Laverania perniciosa (последняя вызывает тяжелую лихорадку) и встречается на западном побережьи Африки. Разновидностей pl. vivax, описываемых Пленом, Эминым и др., автор не встречал; обращает на себя внимание необычное появление в большом числе в периферической крови форм деления pl. praecox, наблюдаемых среди частей расположенных в Палестине. Эти части испытывали острую нужду в пище, в питье и не получали хинина.

Изучение биологии комара во время войны дало много ценных наблюдений, установивших зависимость питания комара от климатических, метеорологических условий, времени года, характера жилищ и пр. Утверждение Рубо и Версена о постепенном превращении Anopheles maculipennis в средней и северной Европе в зоофильную расу, (вследствие чего там наблюдается понижение малярийных заболеваний) автор считает не доказанным. Все же оно заслуживает серьезного внимания.

Значительный интерес представляют наблюдения Swellengrebel'a, Wenyon'a и Sella по поводу способности малярийных паразитов перезимовывать в теле комара. Они видели цисты в желудке комара вплоть до марта месяца, а Sella наблюдал паразитов до конца февраля. По наблюдениям Mayne спорозоиты сохраняют вирулентность не дольше 55 дней. В общем теория о возбуждении весенних инфекций перезимовавшими паразитами пока своего подтверждения не получила. Наоборот гипотеза о первичной и вторичной латентности, благодаря целому ряду фактов, получила практическое значение.

Далее автор описывает ряд исследовательных заболеваний крови, внутренних органов и нервной системы, появляющихся после малярии.

Реакция Вассермана, по мнению автора, потеряла всякое значение при хронической малярии.

Д-р *Я. Рахоеский.*

Galli-Valerio. Beobachtungen uber Culiciden, nebst Bemerkungen uber Tabaniden, Simuliden und Chironomiden.

(Centralblatt für Bakteriologie etc. Band 94, Heft 5).

Автор наблюдал в ноябре 1923 года в лужах в большом числе личинок Th. annulata, Anopheles bifurcatus. В течение всей зимы наблюдались личинки C. nemorosus, An. bifurcatus и Th. Annulata. Перезимовали также и личинки An. maculipennis в небольшом числе. Развитие перезимовавших личинок в лабораторных условиях при температуре 17-18^{0} показало, что зимующие личинки развиваются весной гораздо медленнее, чем летние поколения.

Существование зависимости между видом комара и характером растительности в местах выплаживания сказалось довольно ярко в озере парка Bourge, где, в местах, покрытых ряской, встречались личинки Culex'a и не было личинок Anopheles'a, а рядом, там где эти растения отсутствовали, изобиловали личинки An. maculipennis и bifurcatus. В Vidy автор видел в различных лужах различные виды личинок: в одних исключительно An. bifurcatus, в других Culex pipiens, в третьих C. nemorosus и Th. annulata, что подтверждает влияние характера воды на развитие того или иного вида.

Автор получал по почте с острова Кубы яйца Steg. fasciata через три недели после их высылки. Из яиц удавалось выводить комаров; высушенные в течение месяца яйца не могли дальше развиваться.

Касаясь вопроса о зоофильных расах комаров, автор отрицает возможность отвлечения комаров от людей при посредстве животных. Sergant и др. приводят случаи из Алжира, где на молочных фермах скот в несколько лет увеличился от трех штук до 300, а малярия, наоборот, еще более усиливалась. Автор в последнем году видел, что комары, обитающие в местностях, где людей почти не бывает, с жадностью набрасываются на последних при их появлении. Anopheles поселяется в сараях, ибо там он находит более благоприятные условия: темноту, влажность. Он кусает скот, так как последний близко стоит. Но все же большое количество комаров отправляется по соседству в дома, чтобы там напиться человеческой крови.

Д-р *Я. Раховский.*

D-r Danin. Новое в диагностике женской гонорреи.

(Münchener med. Wochenschrift 1925 г. № 18 стр. 717-718)

У virgo, клинически здоровой, не беременной и беременной женщины выделения влагалища дают кислую реакцию. При заболеваниях женской половой сферы, не переходящих на мужчину, (за исключением эндометрита и периметрита, когда наружный зев матки открыт) выделения сохраняют кислый характер.

При острой и хронической гонорpee выделения дают слабо-кислую, нейтральную или в редких случаях щелочную реакцию. За два дня до и 4-5 дней после менструаций выделения становятся очень

кислой реакции даже у женщин больных гонорреей и через 4-5 дней снова получают нейтральную, а потом и щелочную реакцию. Для исследования реакции автор предлагает наклеить на волярную сторону одетого на указательный палец резинового пальца две полоски лакмусовой бумаги. Полоски не должны достигать конца пальца, чтобы избежать контакта с выделениями из шейки матки нейтральной реакции.

Приспособленный таким образом палец вводится во влагалище и касается всех его стенок. По удалении пальца из влагалища определяется реакция выделений, как диагностикум заболевания гонорреей.

1. Если голубая лакмусовая бумажка становится ярко красной. то тогда присутствие гонококков может быть совершенно исключено. Если при этом и микроскопическое исследование дает отсутствие гонококков в препарате, то можно исключить гонорреею совершенно.

2. Если же реакция слабо-кислая, нейтральная или щелочная, т. е. голубая лакмусовая бумажка совсем не окрашивается или окрашивается очень слабо, то нужно произвести микроскопическое исследование на гонококки. Если гонококки находятся, то нужно произвести еще несколько раз реакцию с лакмусовой бумагой. При положительном результате тогда уже больше микроскопически исследовать не нужно.

Д-р *А. И. Мейзель.*

Prof. Samberger. Роль лимфы в патологии кожных болезней.

(La rôle de la lymphe dans la pathologie des maladies cutanées).

(Доклад, читанный 20 июля 1924 г. в Страсбурге на с'езде дерматологов и венерологов).

Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syph. Mars 1925.

Автор приходит к выводу. что лимфа есть продукт секреции эндотелия артериальных капилляров. Секреция лимфы регулируется, как и секреция слюнных желез, специальными нервами. Количество и качество лимфы регулируется потребностями тканей. Вследствие этого он выделяет две группы кожных заболеваний: 1) кожные болезни, возникшие от нарушения секреции лимфы и 2) кожные болезни, возникшие от нарушения циркуляции лимфы.

Эти обе группы подразделены на острую и хроническую формы, в зависимости от того, происходит ли процесс нарушения внезапно и длится короткое время или медленно и длительно.

Гиперсекреция лимфы.

Быстрый прилив лимфы происходит от внезапной гиперсекреции эндотелия капилляров. Она быстро заполняет межклеточное пространство, раздвигает клетки эпидермиса и производит „пемфигоидный пузырек“, в отличие от пузырьков воспалительного происхождения. Длительный и обильный приток лимфы пропитывает и мацерирует роговой слой и, вытекая из болезненного очага, выделяется все время на поверхность. Длительное и очень обильное выделение лимфы в дерме проявляется высыпаниями, типичным элементом которых служит волдырь, и производит гиперплазию коллагенной и эластической тканей. Oedema acutum Quincke происходит от сильного прилива лимфы в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатки.

Прилив лимфы одновременно в дерму и эпидермис производит Urticaria bullosa.

Длительная, но незначительная гиперсекреция лимфы вызывает гиперплазию сосочкового слоя.

Патогенез прилива лимфы еще недостаточно выяснен, но клинические данные показали, что прилив лимфы вызывается: 1) непосредственным раздражением эпителия лимфатических сосудов химическими, бациллярными или токсическими причинами или 2) прямым или рефлекторным возбуждением нервов, рѳгелирующих секрецию лимфы.

Приток лимфы служит субстратом для целого ряда кожных заболеваний. Автор их разделяет на две группы: пузырчатки и крапивницы.

I. *Пузырчатка.* Прилив лимфы происходит в эпидермисе. Клинически она выражается появлением пузырей, сидящих на совершенно невоспаленном основании. Но оставаясь долго, раздражает прилегающие ткани и вызывает в них воспаление, вследствие чего у некоторых пузырей появляется воспалительное кольцо. Если процесс длится долго, то к первичным элементам пузырчатки прибавляются вторичные: элементы крапивницы, Erythema exudat. multif. и Dermatitis herpet. Dühringa. Диагноз тогда становится затруднительным. Решающам является характер высыпаний, находящихся в наибольшем количестве.

Острая пузырчатка—клинически проявляется в быстрой и внезапной гиперсекреции лимфы один раз или повторно, через некоторый промежуток времени.

Хроническая пузырчатка. Прилив лимфы перманентен и в большом количестве, пропитывает и мацерирует эпидермис.

II. *Крапивница.* Первоначальный элемент—волдырь. Прилив лимфы происходит в дерме.

Острая форма. Стадия волдырей, появляющихся и исчезающих.

Хроническая форма. Пузыри остаются месяцы и годы. Вторичные изменения выражаются в большом количестве тучных клеток и гиперплазии элементов кожи.

Недостаточное отделение лимфы.

Кожа жестка и суха, как напр. у стариков, атрофиков и после сильных поносов.

Аномалии в циркуляции лимфы.

Они служат анатомо-патол. субстратом лимфоррагии и лимфостаза.

А. *Лимфоррагия.* Как кровь, при разрыве кровен. сосудов появляется на поверхности кожи, так и при разрыве лимфат. сосудов в эпидермисе, лимфа изливается сначала в тканевые щели, а потом появляется ввиде пузырей на поверхности. Но это случается только, когда связь между элементами кожи слаба. Но тогда малейший инсульт может вести к образованию интраэпидермальных фиссур, куда изливается лимфа.

Ослабленная связь бывает: а) врожденная—Epidermolysis bullosa hereditaria; б) приобретенная—напр. Pemphigus chronicus. Нормальный эпидермис пропитывается лимфой. Связь между его элементами ослабевает, и получается симптом Никольского. Автор выделяет как клиническую форму, Epidermolysis bullosa acquisita, когда, как напр. при Hyperhidrosis pedis, пот размягчает эпидермис или размягчение кожи, через незначительное трение кожи обувью. Лимфа изливается в образовавшиеся щели и образует пузыри с последующим размягчением кожи.

Б. *Лимфостаз* происходит или оттого: а) что стенки лимфат. сосудов потеряли тонус или б) в каком нибудь месте возникло препятствие для оттока лимфы.

Клиническая картина в первом случае—Lymphangioma simplex, во втором случае—Lymphangioma cavernosum.

Оба эти поражения врожденные, т. е. Naevi lymphatici.

В последней стадии лимфостаза образуется пролиферация кожи (пахидермия) и элефантиазис.

Но не всякая пахидермия и элефантиазис следствие лимфостаза. Они могут также произойти от длительного притока лимфы или нарушения в циркуляции крови.

Группа болезней, возникших на почве воспаления и гиперсекреции лимфы. К ним автор относит экзему и Erythema exudat. multiforme.

Экзема. Поверхностное кожное поражение вследствие поверхностного воспаления и гиперпродукции лимфы в капиллярном слое. С самого возникновения оба процесса борятся за первенство в болезненном очаге и от этого зависит характер клинической картини болезна и ее изменчивость.

Erythema exudat. multiforme происходит от гиперпродукции лимфы, которая вызывает эдематизацию капил. слоя и эпидермиса. К этому процессу еще прибавляется воспалительное состояние, которым об'ясняется многоформенность поражения.

Процесс усложняется потерей тонуса венозных капилляров, из чего результирует венозная эдема, которая присоединяется к лимфатической.

Причина поражений, сгруппированных под общим названием Erythema exudat. multiforme, не одна и, вследствие этого, различается целая серия клинических форм, характерных по поражениям, которым дается одно имя: Erythema exudativum, но присоединяя к нему всегда еще одно пояснительное слово, указывающее причину, как напр.: Erythema exudat. septicaemica.

Д-р *А. И. Мейзель.*

D-r Bering. Лечение малярией в ранней стадии сифилиса центральной нервной системы.

(Münchener med. Wochenschrift 1925 г., стр. 719—721).

Под ранней стадией сифилиса центральной нервной системы автор понимает заболевания, которые клинически еще не дают проявлений сифилиса головного и спинного мозга, но у которых мы находим изменения в церебро-спинальной жидкости.

Исследуя церебро-спинальную жидкость у 1227 людей, автор нашел:

У нелеченных 667 чел.	459 отриц.,	т. е.	69 проц.,	полож.	208—31	проц.
„ недост. леч. 405 „	167 „	„ „	47 „	„	236—53	„
„ хорошо леч. 179 „	119 „	„ „	76 „	„	38—24	„

Из этой сводки следует, что более благоприятные результаты дают хорошо леченные случаи, состоящие из 5-ти курсов комбинированного лечения ртутью и неосальварсаном. Автор до сего дня пользовал 179 больных в различных состояниях церебро-спинальной жидкости внутривенными вливаниями нескольких куб. см. крови от маляриков.

Сердечные больные такому лечению не подвергались. Для ухода за больными требуется хорошо обученный, надежный персонал.

После 8-ми—12-ти приступов болезнь купируется 10-тью к. с. хиннобисмут. раствора. Главная цель в лечении сифилиса,—как можно раньше выделить заболевания центральной нервной системы, для чего, собственно, нужно было бы у всех сифилитиков исследовать церебро-спинальную жидкость. Особенное внимание должно быть направлено на состояние церебро-спинальной жидкости в случаях: 1) сильных головных болей, 2) возникающих или уже возникших параличей и 3) в случаях, где реакция крови дает упорно положительные результаты.

Что касается самого лечения малярией сифилитических заболеваний центральной нервной системы то: 1) смертных случаев равно как и нарушения общего здоровья не замечалось. При осторожном подборе получались наилучшие результаты; 2) не представляет опасности заразы для окружающих; 3) состояние церебро-спинальной жидкости улучшается, в некоторых случаях отмечено полное выздоровление; 4) улучшение состояния церебро-спинальной жидкости соответствует клиническим улучшениям; чем раньше приступлено к лечению, тем лучше; 5) с улучшением состояния спинно-мозговой жидкости улучшается заболевание центральной нервной системы.

Д-р А. И. Мейзель.

Мэдычная сэкцыя Інстытуту Беларускай Культуры.

Інстытут Беларускай Культуры ёсьць вышэйшая навуковая ўстанова ў нашай рэспубліцы. Мэта яе—усебаковае навуковае дасьледваньне Беларусі: і з боку мовы, і з боку прыроды, і этнографіі, і гісторыі, экономікі і г. д. Інбелкульт складаецца з паасобных сэкцый і комісій, якія займаюцца навукова-дасьледчай працай у тым ці іншым напрамку. У склад Інбелкульту ўваходзіць таксама і Мэдычная сэкцыя з комісіямі—тэрмінолёгічнай, антраполёгічнай, склеромнай і клінічнай.

Мэдсэкцыя організавана й вядзе сваю працу ўжо болей году, але на мясцох далёка яшчэ ня ўсе дактары ведаюць аб яе існаваньні, яе мэтах і заданьнях і наогул аб яе чыннасьці. З гэтае прычыны й падаецца тут інформацыя ў самых кароткіх рысах.

Спачатку Мэдсэкцыя існавала на правох тэрмінолёгічнай комісіі, і праца яе складалася пераважна з укладаньня навуковай мэдыцынскай тэрмінолёгіі. З бегам часу, у меру павялічэньня яе складу новымі сябрамі, быў апрацаваны пэўны, акрэсьлены плян дзейнасьці. У гэты плян уваходзіць: укладаньне навуковай тэрмінолёгіі па ўсіх галінах мэдыцыны, зьбіраньне і навуковая апрацоўка матэрыялаў па гісторыі мэдыцыны на Беларусі ад самых найдаўнейшых часаў, дасьледваньне Беларусі з боку мясцовых хвароб, соцыяльных хвароб, клімату і яго ўплыву на здароўе насельніцтва, дасьледваньне санітарнабытавых умоў жыцьця вёскі, мястэчка і гораду ў БССР, дасьледваньне цалебна-кліматычных і бальнэолёгічных магчымасьцяй на Беларусі, антраполёгічнае дасьледваньне беларускага сялянства, дапамога Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя па організацыйных пытаньнях і ў сэнсе навуковой распрацоўкі пытаньняў па лініях лячэбнай і санітарна-асьветнай.

У сваёй працы Мэдсэкцыя ня можа і не павінна абмяжоўвацца толькі навукова-дасьледчай дзейнасьцю краязнаўчага характару, бо яна адначасна ёсьць організацыя і грамадзянская. Дзеля гэтага Мэдсэкцыя праз сваіх прадстаўнікоў прымае ўдзел у працах зьездаў мэдпрацаўнікоў як у БССР, так і ў СССР, удзельнічае ў працы Вышэйшай Навуковай Мэдычнай Рады пры НК Аховы Здароўя, у мэдычн. часопісі „Беларуская Мэдычная Думка“, трымае сувязь і працуе шляхам прадстаўніцтва ў Чырвоным Крыжы, у Інстытуце Соцыяльнай Гігіены і Мэдфаку Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

Шляхам утварэньня Клінічнай комісіі Мэдсэкцыя маніцца ўцягнуць у сваю працу самыя шырокія гушчы дактароў Беларусі, стымуляваць навуковую працу дактароў з самых глухіх куткоў рэспублікі і стварыць жывую сувязь мясцовых працаўнікоў з Інстытутам Беларускае Культуры. У сваю чаргу Інстытут ахопіць большую частку мэдычнае працы рэспублікі (праз ячэйкі Клінічнай комісіі на мясцох), аб'яднае ўсіх мэдпрацаўнікоў, дасьць ім магчымасьць падняць сваю кваліфіка-

цыю (навуковыя командыроўкі па СССР і заграніцу) мець сталую сувязь з навуковымі ўстановамі і, такім чынам, падрыхтуе організацыю Ўсебеларускае Навуковае Асоцыяцыі Дактароў.

Адкладаючы апісаньне вынікаў папярэдняй працы Мэдсэкцыі да наступнага нумару, лічым яшчэ патрэбным сказаць некалькі слоў аб організацыйнай пабудове сэкцыі і ўмовах уступленьня ў яе.

Сябрам сэкцыі лічыцца кожны доктар, які падасьць заяву аб сваім жаданьні працаваць у сэкцыі і будзе зацьверджаны агульным сходам сяброў сэкцыі. Сябры сэкцыі ў далейшым, у залежнасьці ад іх працы ў сэкцыі, пераводзяцца ў члены-супрацоўнікі Інстытуту Беларускай Культуры, а пасьля—у правадзейныя члены Інстытуту цераз прэзыдыум і агульны сход членаў Інстытуту.

Сябры сэкцыі, якія жывуць ня ў Менску, прымаюць удзел у працы сэкцыі ў тэй галіне, якая ім пажадана, і калі іх праца будзе ўзгоднена з прэзыдыумам сэкцыі (шляхам перапіскі). Сябра сэкцыі, які трымае з сэкцыяй сувязь пісьмамі, допісамі, артыкуламі або выконвае тое ці іншае заданьне сэкцыі, залічаецца членам-корэспондэнтам Інбелкульту, з правам дарадчага голасу на сходах і зьездах Інстытуту.

Заявы аб уступленьні ў Мэдсэкцыю трэба пасылаць на адрас: Менск, Рэволюцыйная вул, 21, Інстытут Беларускае Культуры, Мэдычная сэкцыя.

Намесьнік старшыні сэкцыі І. Цьвікевіч.

Хирургическая санатория „Черница“ (Н. К. З. Б.)

(25 мая 1922 г.—25 мая 1925 г.)

Д-р БЕТЕХТИН

Общая часть.

Настоящий отчет обнимает собой 3-х летнюю деятельность санатории по лечению хирургического туберкулеза. Впервые годы существования санатория не имела возможности сделать какие либо выводы из имеющегося у нее туберкулезного материала, т. к. материал этот был недостаточен. Малое количество туберкулезных больных за первые годы деятельности санатории об'ясняется тем, что санатория была вынуждена, по материальным соображениям, принимать не только туберкулезных, но всевозможных больных, требующих хирургической помощи, а потому и не составляла отчетов специально по туберкулезу.

Последний год санатория принимала исключительно больных туберкулезом костей, вследствие чего туберкулезный материал ее значительно увеличился и составил за три года 240 случаев хирургического и, почти исключительно, костного туберкулеза.

Весь имеющийся материал регистрировался по возрасту и по обще-принятым для костного туберкулеза формам, а именно: подразделялся на случаи закрытые, закрытые с затечными нарывами и открытые со свищами и вторичной инфекцией. Кроме того, особо отмечались деформации и изменения скелета, вызванные данным заболеванием. Правда, нужно указать, что точное распознавание абсцессов, за отсутствием рентгеновского аппарата, не всегда было возможно и потому статистические данные должны иметь некоторую ошибку, тем не менее они могут быть сравнены с данными других туберкулезных учреждений и представлять некоторый научный интерес.

Что касается лечения, то в санатории преимущественно проводились консервативные методы лечения, а именно: иодоформенное лечение по методу предложенному профессором И. И. Грековым, креозотовое лечение по методу проф. Р. Р. Вредена и лечение ин'екциями (местное) смеси камфоры и нафтола по способу проф. Calot.

Ин'екция иодоформенной эмульсии производилась внутримышечно в ягодичную область один раз в неделю от 2-х до 8-ми грамм зараз, смотря по возрасту. Всего 10-15 ин'екций на курс лечения. Эмульсия изготовлялась 10% на глицерине и перед ин'екцией в эмульсию добавлялась иодная настойка в количестве 1%. Сколько нибудь заметных положительных результатов от этого метода лечения наблюдать не пришлось и от применения его в таком виде санатория в настоящее время отказалась, оставив только ин'екцию этой эмульсии в полости абсцессов как закрытых, так и открытых, вводя ее, в последнем случае, через свищи.

Ин'екция креозотового масла по Вредену производилась следующим образом: бралась смесь из 80 частей масла сладких миндалей и 20 частей букового креозота (креозот брался непременно буковый,

а не каменоугольный, т. к. последний, на местах уколов, вызывает абсцессы). Смесь эту вводили шприцем внутримышечно в ягодичную область по одному грамму каждые 12 часов, т. е. 2 раза в сутки, руководствуясь тем, что креозот полностью выделяется из организма через 12 часов. Такие ин'екции делались в течении 10 дней и таким образом организм в течение этого времени беспрерывно находился под действием креозота. По истечении 10 дней делался перерыв на неделю и затем опять начинались ин'екции и это проделывалось 3-5 раз за курс лечения.

Во время такого лечения наблюдалось за состоянием почек и в случае появления белка в моче лечение отменялось.

Что касается результатов этого метода, то нужно сказать, что местный эффект замечался крайне редко и то исключительно при закрытых формах без абцессов. Общее же состояние больных, особенно в начале лечения значительно улучшалось. Особенно резко в первый же месяц повышался вес больных, иногда улучшался аппетит и самочувствие. В дальнейшем прибыль в весе или вовсе не наблюдалась или наоборот получалось даже, правда редко, падение веса. К сожалению, изучить более подробно этот метод с исследованием морфологии и ферментов крови в санатории было невозможно за отсутствием лаборатории.

Ин'екция жидкости, получаемой от смешения Camphorae tritae et Naftol β (C. N.) по Calot применялась, конечно, исключительно местно, т. е. в полости абсцессов и в самые очаги процесса, если до них можно было добраться иглой шприца и притом, преимущественно в такие, которые были наполнены фунгозными массами. Ин'екция производилась ежедневно или через день до разрушения этих масс, т. е. до появления красновато-коричневого гноя, после чего всегда переходили к ин'екциям иодоформенной эмульсии. Метод этот, повидимому, дает лучшие результаты для ликвидации как затечных абсцессов, так и доступных туберкулезных очагов, но требует большой осторожности и навыка, ввиду возможных эмболий и, кроме того, строгой индивидуализации больных. Протеиновая терапия и терапия ин'екциями солей кальция в санатории вовсе не применялась.

Само собою разумеется, что кроме указанных методов лечения в санатории широко применялись все необходимые ортопедические мероприятия, как-то: фиксация суставов гипсовыми повязками, вытяжение, устранение искривлений реклипациями и редрессациями под наркозом и проч.

Фототерапия применялась только в летние месяцы, когда можно было пользоваться натуральными солнечными лучами, т. к. применять световое лечение зимой, за отсутствием кварцевой лампы было невозможно.

Оперативное лечение в разгаре процесса ни разу не применялось. Правда, показания к такого рода лечению крайне редки и применяется оно обыкновенно с целью спасения жизни больного (путем резекции или ампутации), а таких случаев в санатории не было.

Исключение составляет оперативная фиксация позвоночника при спондилите по методу Albée. Последняя была применена в 9-ти случаях и о них будет подробно изложено ниже в отделе о спондилитах. Оперативное лечение в смысле устранения деформации конечностей, получившихся, как следствие туберкулезного процесса было применено несколько раз, но всегда в тех случаях, когда туберкулезный процесс уже давно затих. Результаты и способы этих операций, применявшиеся в санатории, изложены в соответствующих отделах.

Так как режим и питание больных в деле лечения костного туберкулеза имеют неменьшее значение, чем и остальные медицинские мероприятия, то для полноты отчета необходимо указать на распорядок дня в санатории и на норму питания больных.

Распорядок дня в санатории.

В 7 часов утра . . . уборка палат и больных,
„ $8\frac{1}{2}$ „ „ . . . первый завтрак,
„ 9 „ „ . . . обход врача и перевязки,
„ 11 „ „ . . . второй завтрак.
„ $11\frac{1}{2}$ „ до обеда занятия с фребеличкой и прогулки,
„ $2\frac{1}{2}$ „ дня обед.

После обеда пребывание в постели час или полтора.

В $4\frac{1}{2}$ часа дня чай,
После чая занятия с фребеличкой,
„ $7\frac{1}{2}$ ч. вечера ужин.
„ 10 „ „ гасятся огни в палатах—больные спят.

Питание выдается по след. нормам:

Зимний сезон.			Летний сезон.		
Наименование продуктов.	Колич. в граммах.	Колич. калорий.	Наименование продуктов.	Колич. в граммах.	Колич. калорий.
Мясо или рыба .	400	515	Мясо или рыба .	300	387
Мука ржаная . .	500	1060	Мука ржаная . .	500	1060
Мука пшенич. .	200	688	„ пшеничная	200	688
Крупа или рис .	50	170	Крупа или рис .	50	170
Овощи и картоф.	500	425	Овощи и кортоф.	500	425
Сахар	50	200	Сахар	50	200
Масло коровье .	66	400	Масло коровье .	66	400
Молоко	600	402	Молоко	900	536
Сухие фрукты или клюква . . .	40	150	Свеж. ягоды и свеж. фрукты .	200	80
Яйца $\frac{1}{4}$ шт. . .	10	20	Яйца 3 шт. . .	80	160
Итого . . .	2416	4 30	Итого . . .	2756	4106

Означенные в таблице продукты выдаются больным в следующей форме.

Первый завтрак состоит из кофе (суррогаты) или молока или какао для маленьких детей и хлеба с маслом.

Второй завтрак состоит из одного мясного или мучного блюда и стакана молока.

Обед состоит: из супа, мясного блюда и сладкого блюда.

Чай--чай натуральный с молоком и сдобными булками или пирожным.

Ужин состоит: из одного мясного или мучного блюда и стакана молока.

Останавливаться более подробно на режиме и на питании больных не представляется надобности, но прежде чем перейти к изложению

о методах и продолжительности лечения в отдельных заболеваниях, необходимо указать, что в виду того, что случаи с различной локализацией туберкулезного процесса дают совершенно разные цифры в смысле продолжительности лечения, осложнений, процента выздоровления и смерти, а также и методы лечения несколько различны в зависимости от места процесса пришлось разбить отчет на следующие отделы:

1.	Поражение позвоночника	(spondylitis tbc)
2.	„ тазобедренного сустава	(coixtis tbc)
3.	„ коленного „	(gonitis tbc)
4.	„ голеностопного „	(tarsitis tbc)
5.	„ плечевого и локтевого суст.	(artritis tbc humeri et cubiti)
6.	„ мелких костей стопы и кисти	(tuberculosis ossum manus et pedis)
7.	„ других органов (не костей)	adenits, peritonitis, nephritis, laryngitis tbc.

Заболевания внутренних органов насчитываются в санатории единицами и разделение их по самостоятельным группам в зависимости от локализации процесса не дало бы сколько нибудь ценных результатов, а потому все эти случаи собраны в одну группу не костного туберкулеза.

Спондилиты.

Прежде чем говорить о результатах лечения спондилитов необходимо указать на самые способы лечения этого заболевания и как они проводились в санатории. Одним из главных моментов лечения спондилитов, как известно является иммобилизация позвоночника, известно также, что полной неподвижности позвоночника достичь с помощью ортопедических мероприятий не удается. Не так давно наилучшим способом иммобилизации позвоночника признавалась гипсовая кроватка, но в виду того, что гипсовой кроваткой совершенно не устраняется gibbus, что во многих случаях вполне возможно, а также и по многим другим причинам способ этот в санатории применялся крайне редко, как исключение при очень резких болях в позвоночнике и то очень непродолжительное время. Обыкновенно же, как правило, применялась фиксация позвоночника вытяжением за голову, а иногда и за плечи на наклонной кровати (с приподнятым головным концом) и одновременной реклипацией позвоночника по Prollier, т. е. подкладыванием под giblbus небольшого мешка с льняным семенем (мешки с льняным семенем никогда не дают пролежней).—Маленьких детей особенно первое время приходилось удерживать в положении на спине при помощи особых лифчиков, прикрепляющих их к кровати.—Помимо фиксации позвоночника проводилось также и креозотовое лечение по Вредену, но не у всех больных, как правило, а почти исключительно у истощенных больных с вторичной инфекцией. Лечение ин‘екциями иодоформенной эмульсии в настоящее время санаторией оставлено и потому говорить о нем больше того, что сказано в общей части, не приходится.

В летние месяцы широко применялась гелиотерапия. Вот главные моменты лечения спондилитов, применявшиеся в санатории. Что касается оперативной фиксации позвоночника, то она была применена в 9-и случаях по способу Albèe, видоизмененному Вреденом, что составляет всего 3,7 проц.—Такой малый процент оперативного лечения об‘ясняется тем, что в санатории лежат почти исключительно дети, а операция эта многими авторами в раннем детском возрасте считается противопоказанной. Кроме того случаи для оперативного вмешательства

строго индивидуализировались и операция производилась только в тех случаях, где на лицо были тяжелые параличи нижних конечностей.

Из 5-ти оперированных больных у 4-х параличи исчезли. Поэтому принимая во внимание с одной стороны хорошие результаты этой операции, а с другой—невозможность иногда избавиться от параличей нижних конечностей и пузыря никаким другим способом, а также и то, что рецидивы болезни после операции бывают не чаще, чем при других способах лечения (корсете) и то, что сама по себе операция опасности не представляет, конечно при условии хорошего технического выполнения, санатория в вышеуказанных случаях всегда применяет эту операцию даже и в детском возрасте. Что касается отдельных результатов всех оперированных по этому способу больных, то санатории известно только о шести случаях, четыре из которых хорошо выросли, gibbus у них не увеличился и никаких болезненных явлений они не ощущают. Один случай безрезультатный и один тяжелого рецидива с возвратом параличей. Отдаленный результат остальных трех случаев неизвестен.

Затечные абцессы всегда пунктировались по мере наполнения их и в них вводилась иодоформенная эмульсия. (В глубокие абсцессы брюшной полости эмульсия не вводилась).

В виду того, что спондилистический материал санатории был далеко не однообразен, а именно, по возрасту больные распределялись от 2-х лет (2 случая) до 60 лет (тоже 2 случая), из которых 37 случаев были закрытыми формами без натечных нарывов, 23 закрытых с нарывами и 24 случая открытых со вторичной инфекцией, то конечно и результат лечения у всех этих форм был различный, как по продолжительности лечения, так и по окончательным результатам. Но так как общее количество больных (84) было невелико, то пришлось их обобщить в одну таблицу результатов лечения, подразделив только по возрастам и разбив таблицу на следующие рубрики: 1) выздоровление, 2) улучшение, 3) без улучшения, 4) ухудшение, 5) смерть и неизвест. случаи. Точно такие же таблицы ниже составлены и для других групп больных.

Таким образом результат лечения в санатории спондилитов может быть выражен следующей сравнительной таблицей, причем нужно указать, что средняя продолжительность лечения была равна 137 дням.

Таблица ближайших результатов лечения спондилитов.

Возраст и % отношение	Колич.	Выздоровл.	Улучшение	Без улучшения	Ухудшение	Смерть	?
от 2-х до 6-ти л.	42	4	28	4	—	2	4
% %	50	10,5	66	10,5	—	4,7	
от 6-и до 23-х л.	36	3	20	3	3	—	7
% %	42,8	8,3	55	8,3	8,3	—	—
от 30 до 62-х л.	6	—	3	1	—	2	
% %	7,1	—	50	16,6	—	33,3	—
Всего.	84	7	51	8	3	4	10
% %	—	8,3	60	9,3	3,5	4,7	—

В примечании к приведенной таблице следует сказать, что из 7-ми выздоровевших 4 были оперированы по Albee, что составляет более 50 проц. всех выздоровлений. Смертность наблюдалась исключительно от генерализации процесса, причем большой процент смертности в зрелом возрасте дал старческий возраст, т. е. больные старше 60-ти лет. Что касается отдаленных результатов лечения всех этих больных, то он санатории почти неизвестен, за исключением немногих случаев, почти исключительно рецидивов, которые вернулись в санаторию через 2-3 года для продолжения лечения. Надо однако полагать, что положительный отдаленный результат лечения по сравнению со столичными лечебными заведениями у санатории будет ниже и вот почему. Почти 30 проц. всех спондилитиков по окончании лечения в санатории должны снабжаться ортопедическими корсетами на год и более, чтобы избежать рецидива, между тем из всех 84 больных лечившихся в санатории *только один получил такой корсет*. Об'ясняется это, конечно, тем, что ближайшим местом, где можно получить ортопедический корсет, является Минск. Такая отдаленность мастерской от санатории, с одной стороны, и трудность получения дорогого корсета за казенный счет, с другой, и составляют те препятствия, из-за которых многие больные при выписке из санатории остаются без корсетов и легко подвергаются рецидивам.

Кокситы.

Общие методы лечения, применявшиеся при спондилитах, применялись точно также и при тех-же условиях и при кокситах и при заболеваниях других суставов. Что-же касается фиксации тазобедренного сустава и устранения контрактур, то в обоих случаях применялось преимущественно вытяжение. Исключение составляли только те случаи, особенно для маленьких детей, где устранить контрактуру путем вытяжения не удавалось; тогда производилась, очень осторожно, редрессация под наркозом и для удержания конечности в правильном положении накладывалась гипсовая повязка. Точно также случаи с очень резкой болезненностью фиксировались гипсовыми повязками. Как при фиксации вытяжением, так и при фиксации посредством гипсовой повязки, больной находился в кровати до тех пор, пока не мог поднимать больную ногу. Как только больной мог поднимать больную ногу, ему разрешалось ходить на костылях, не нагружая больную конечность. Гипсовая повязка при этом не снималась. Что касается применения местно-химических раздражителей, то таковые в туберкулезный очаг, т. е. в полость сустава при кокситах никогда не вводились, т. к. введение их в полость тазобедренного сустава всегда вызывает резкую реакцию со стороны организма и часто сильно изнуряет больных. Затечные абсцессы пунктировались по общим правилам и в них вводилась иодоформенная эмульсия. В открытых случаях эмульсия вводилась в свищ.

Всего кокситов за отчетный период было пропущено 41; из них двухсторонних 4, закрытых случаев без абсцессов было 16, закрытых с абсцессами 8 и открытых со вторичной инфекцией—17. Средняя продолжительность пребывания в санатории равна 130 дням. Ближайшие результаты лечения видны из следующей таблицы.

Таблица ближайших результатов лечения кокситов.

Возраст и проц. отношение.	Количество.	Выздоров.	Улучшено.	Без улучш	Ухудшение	Смерть.	?
От 2-х до 6-ти лет.	8	1	6	1	—	—	—
Процент. . . .	19,4	12,5	75	12,5	—	—	—
От 6-ти до 20 лет.	24	—	14	4	4	1	—
Процент . . .	5,8	—	58	1,66	16,6	4	—
Свыше 25-ти лет .	9	—	4	2	2	—	1
Процент. . . .	21,8	—	44,4	22,2	22,2	—	11
ВСЕГО . .	41	1	24	7	6	1	1
Процент. . . .	—	2,4	59,2	17	14,5	2,4	—

Малый процент выздоровлений в этой группе надо об'яснить тем, что в санатории за отчетный период было очень мало начальных форм коксита. Большинство больных было с открытыми формами и тяжелой вторичной инфекцией. Смертность точно также, как и при спондилитах наблюдалась от генерализации процесса. Почти все больные выписывались из санатории в гипсовых повязках, которые, если бы к тому была возможность, должны *были быть заменены* фиксирующими сустав ортопедическими аппаратами.

Гониты.

Вследствие того, что туберкулезный очаг при поражениях коленного сустава легко доступен игле и локализация его легко определима даже и без рентгеновского снимка, то местная терапия путем введения в туберкулезный очаг химических раздражителей вполне возможен. Поэтому в случаях с большим разрощением фунгозных масс, а также со свищами и вторичной инфекцией в санатории применялась ин'екция жидкости CN в смеси с глицерином по способу, предложенному проф. Calot, а именно: полость, наполненная фунгозными массами, пунктировалась толстой иглой, если обнаруживался гнойный распад, то он удалялся насколько возможно и в полость (не вынимая иглы) вводилась жидкость CN, разведенная на две трети глицерином и смешанная (ex tempore) с последним в виде эмульсии. Такая ин'екция производилась через день-два или три в зависимости от накопления гноя, получавшегося от распада фунгозных масс под влиянием раздражителя. Введение CN повторялось до тех пор, пока гной не приобретал вида растопленного шоколада, тогда вместо CN впрыскивалась в полость иодоформенная эмульсия сначала часто, а затем все реже и реже, пока скопление гноя в полости совершенно прекращалось. Такая терапия, как правило, применялась в аналогичных случаях и при поражениях голеностопного, локтевого и плечевого суставов и чтобы не повторяться в дальнейшем, описываться не будет.

Фиксация коленного сустава и устранение контрактур проводились также, как и при кокситах. Исключение составляли стойкие контрактуры при совершенно законченных формах туберкулезного процесса, когда отсутствовали все болезненные симптомы и температура постоянно была нормальной. Такие контрактуры устранялись оперативным путем, а именно костно-пластической операцией (metaplasia femoris по Вредену). Как известно, операция эта технически легка, совершенно не затрагивает бывших очагов туберкулезного процесса и дает минимальное укорочение конечности. Операция эта применялась в санатории всегда, как правило, при контрактурах под углом не менее 135° и была сделана за отчетный период всего 6 раз, т. к. вполне законченных случаев в санатории почти нет и все оперированные по этому способу больные были приняты в санатории с давно затихшим процессом исключительно для устранения деформации конечности. Всего больных туберкулезом коленного сустава за отчетный период было 52. Из них синовиальных форм было 4. Костных без абсцессов—12, с абсцессами закрытых—16 и открытых—20. Среднее число дней, проведенных ими в санатории равно 71.

Таблица ближайших результатов лечения гонитов.

Возраст и проц. отношение.	Количество.	Выздоровл.	Улучшено.	Без улучш.	Ухудшений.	Смерть	?
От 2-х до 5-ти лет.	17	1	12	1	—	—	1
Процент.	32,7	5,8	7	5,8	—	—	—
От 5-ти до 35 лет.	45	2	32	—	2	—	7
Процент.	86	4,4	7	—	4,4	—	—
ВСЕГО. . .	52	3	44	1	2	—	8
Процент.	—	5,5	84	1,9	3,8	—	—

Необходимо заметить, что полное выздоровление дали исключительно синовиальные формы без поражения костей. Оперированные случаи деформаций коленного сустава все зажили per primam intentionem и тоже должны считаться, как давшие полное выздоровление, но они в статистику не включены, т. к. не представляют из себя результата лечения собственно туберкулезного процесса.

Тарзиты.

Больных с поражением голеностопного сустава за отчетный период было всего 20, из них синовиальных форм не было вовсе, форм закрытых с абсцессами и без них было 6, остальные случаи все были открытые и многие из них с тяжелой вторичной инфекцией.

Фиксация голеностопного сустава всегда производилась путем наложения гипсовых повязок. Лечение местными инъекциями жидкости CN и иодоформенной эмульсии производилось точно также, как и при лечении коленных суставов, исключение составляли немногие случаи с тяжелой вторичной инфекцией, когда в свищи, из которых

отходили секвестры, вводилась не эмульсия из CN с глицерином, а чистая жидкость CN per se, конечно, в минимальных количествах от 2-х делений до грамма в свищ. В виду малого количества больных этой группы таблица составлена без подразделения на возрасты. Среднее количество дней, проведенных этими больными в санатории, равна 55 дням.

Таблица ближайших результатов лечения тарзитов.

% отно-шение	Колич.	Выздо-ровлив.	Улуч-шен.	Без улуч-шен.	Ухуд-шен.	Смерть	?
	20	4	10	4	—	—	2
% %	—	20	50	20			

Туберкулезные артриты (плеча и локтя).

Туберкулезных поражений больших суставов верхних конечностей отчетный период обнимает всего 10 случаев. Из них 2 плечевого сустава и 8 локтевого, четыре из которых, т. е. 50 проц. были синовиального характера, а 4 и 2 плечевых с поражением эпифизов.

Все формы были закрыты с небольшими затечными абсцессами. Лечение производилось ин'екциями в полости абсцессов иодоформенной эмульсии. (CN почти не применялась, т. к. процессов с разрощением фунгозных масс не было), фиксация больных суставов во избежание анкилозов производилась крайне редко. Фиксировались гипсовыми повязками только такие случаи, где процесс имел стремление к быстрому анкилозированию сустава в порочном положении. Среднее число дней пребывания в санатории больных с туберкулезом больших суставов верхних конечностей равнялось 71.

Таблица ближайших результатов лечения больших суставов верхних конечностей.

Процентное отнош. возр.	Колич.	Выздо-ровл.	Улуч шен.	Без улуч-шен.	Ухуд-шен.	Смерть	?
От 1 года до 15 лет	10	2	8	—	—	—	—
% %	—	20	80				

Туберкулез мелких костей стопы и кисти.

Больных этой группы за отчетный период было всего 16. Все случаи были открытые со свищами и вторичной энфекцией. Никакой фиксации ни больных кистей, ни больных стоп не делалось. Последним больным не разрешалось ходить или при ходьбе не нагружать больную стопу. Лечение проводилось преимущественно ин'екциями в свищи жидкости CN почти всегда при помощи пипетки по несколько капель в свищ. Некоторые случаи spinae ventosae (с большими секвестрами) были прооперированы, т. е. секвестры удалены острой ложкой, причем из 3-х оперированных таким образом двое дали прекрасный

результат, т. е. раны после операции быстро зарубцевались и больные пробыли в санатории очень мало времени, тогда как до операции лечились годами. Такой хороший результат оперативного вмешательства в туберкулезный очаг, надо полагать, следует приписать тому, что не все заболевания, именующиеся spina ventosa туберкулезного характера, как это было замечено и клиникой проф. Турнера в Ленинграде. Средняя продолжительность лечения больных этой группы равна 57 дням.

Таблица ближайших результатов лечения туберкулеза мелких костей стоп и кистей рук.

Возраст. %% отнош.	Колич.	Выздоровл.	Улучш.	Без улучшен.	Ухудш.	Смерть	?
	16	2	10	2	—	—	2
% %	—	12,5	62	12,5			

Примечание. Оба случая полного выздоровления падают на вышеописанные случаи оперированных больных.

Множественное поражение больших суставов (туберкулезный ревматизм Poncet).

Больных с так называемым туберкулезным ревматизмом было за отчетный период всего 3. Все были детского возраста от 4-х до 10 лет. У двух были поражены лучезапястные, коленные и голеностопные суставы, у третьего только суставы нижних конечностей. Контрактуры суставов у всех больных были устранены редрессацией под общим наркозом и фиксированы в правильном положении гипсовыми повязками. Один из больных с поражением только нижних конечностей был выписан почти тотчас же после редрессации и сведений о его дальнейшем лечении и состоянии не имеется. Двое других пробыли в санатории около 6-ти месяцев, при чем одному из них был проделан полный курс креозотового лечения по Вредену, а другому курс иодоформенного лечения и смазывание больных суставов иодом по Грекову.

Результат лечения в обоих случаях был вполне удовлетворительный. Обэ больные на 5-ом месяце лечения начали ходить сначала в повязках, которые через 2 недели были сняты. При чем у больного, проделавшего курс креозотового лечения, осталась ригидность только в коленных суставах, а у больного, лечившегося ин'екциями иодоформенной эмульсии, осталась ригидность не только в коленных, но и в голеностопных суставах и общее состояние его было несколько хуже первого больного, тогда как до лечения он был сильнее и крепче, но за время лечения в весе почти не прибавился, тогда как первый прибыл на 21 фунт (больному было 8 лет). Конечно, приписать эту разницу в результатах лечения различным методам лечения по одному случаю нельзя, но отметить ее казалось все таки интересно.

Некостные случаи туберкулеза (адениты, перитониты, ларингиты).

Вследствие того, что случаев не костного туберкулеза за отчетный период было очень мало—всего 14 и статистические данные каждого заболевания в отдельности ввиду их малочисленности не ценны,

пришлось все эти случаи соединить в одну группу и составить общую таблицу, чтобы всетаки дать полную картину деятельности санатории.

Средняя продолжительность пребывания в санатории больных этой группы равна 47 дням.

Таблица ближайших результатов лечения больных не костным туберкулезом.

Возраст и % отнош.	Количество	Выздоровл.	Улучшен.	Без улучшен.	Ухудшен.	Смерть	?
От 4-х до 30 лет .	14	—	8	2	2	—	2
% % . .	—	—	66	14	14	—	—

Общая сводка ближайших результатов лечения больных со всеми формами туберкулеза бывших в санатории за отчетный период.

Возраст и % отнош.	Количество.	Выздоровл.	Улучшен.	Без улучшен.	Ухудшен.	Смерть	?
От 1 года до 63 лет	240	19	153	24	13	5	26
% % . .	—	7,9	63,7	10	5,4	2	10,1

Само собой понятно, что результат лечения или количество полных выздоровлений, улучшений и т. д. зависит не только от способов лечения и других условий лечебного учреждения, но также и от подбора больных направляемых в санаторию, а подбор этот особенно в последнее время, когда больные в санаторию стали направляться из разных округов и не специалистами, был далеко не удовлетворительный, не отвечающий требованиям и задачам санатории. И в будущем дело направления больных должно быть упорядочено. Тем не менее, если сравнить цифры данного отчета с цифрами аналогичных учреждений Ленинграда, то они почти одинаковы. Цифры же положительных результатов заграничных санаторий несколько больше.

Необходимо учесть также и то обстоятельство, что санатория не располагает весьма важными пособиями для лечения костного туберкулеза, а именно: Рентгеновским аппаратом, светолечебницей (кварцевой лампой и лабораторией).

Насколько необходимы перечисленные пособия для лечения костного туберкулеза, говорить не приходится. Без исследования крови нельзя поставить точного прогноза, а иногда нельзя и правильно поставить лечение. Без рентгена нельзя очень часто определить степень разрушения костей и т. д.

Кроме того каждому специалисту известно, что костно-туберкулезные больные не могут и не должны содержаться до полного выздоровления в специальном лечебном учреждении, т. к. тогда учреждения эти выросли бы до коллосальных размеров и были бы не под силу никакому государству. Поэтому при выписке около 30 проц. всех выписываемых больных во избежание рецидива болезни должны снабжаться специальными ортопедическими корсетами и аппаратами, а это возможно, если при санатории будет еще одна подсобная часть, а именно, ортопедическая мастерская.

В заключение остается пожелать, чтобы санатория Черницы, единственное учреждение такого рода на всю Белоруссию, была снабжена всеми необходимыми для лечения костного туберкулеза приборами, аппаратами, а также лабораторией и хотя бы небольшой ортопедической мастерской.

1-й областной с'езд хирургов левобережной Украины.

26—29 марта 1925 года в Харькове.

П. В. ТРЕМПОВИЧ и В. И. МИРЕР.

Программными вопросами с'езда были: 1) гастро-энтэро-анастомоз, 2) повреждения суставов и 3) хирургический туберкулез.

По первому вопросу было два доклада. *Проф. В. Н. Шамов:* о физиолого-анатомических обоснованиях и технике GEA. Докладчик, путем тщательных наблюдений установил, что GEA показан: 1) для устранения сужения, 2) для улучшения опорожнения желудка и 3) для понижения кислотности его содержимого.

Путем демонстрации диаграмм докладчик подтвердил свои выводы, что даже по истечении продолжительного времени после производства операции, опорожнение желудка наступало на 1 ч.—1$^{1}/_{2}$ ч. скорее нормы.

Что касается кислотности, то в отдаленных результатах операции она чрезвычайно близка к норме и никогда ее не превышает.

По вопросу о месте наложения GEA, докладчик считает, что прекрасно действует анастомоз, наложенный в антральной части желудка.

При расширении желудка докладчик считает лучшим местом фундальную часть желудка.

Направлению петли придает чрезвычайно малое значение. Лучше всего считает задний GEA. Техника его такова: двухэтажный шов: кэтгутовый на слизистую, шелковый на серозу, без применения клеммов.

Проф. Кудинцев в докладе о показаниях к операции подробно останавливается на вопросе о применении GEA при раковых поражениях. Докладчик считает операцию показанной даже в случаях тяжкой кахексии.

Клинические наблюдения показывают, что в 50% операция дает длительное улучшение, возвращая трудоспособность; в 40% дает улучшение и только в 10% безрезультатна.

Фролова доложила о 72 случаях своих наблюдений над матерьялом из 1-й узловой больницы, оперированным д-ром А. Н. Гарнье.

Ближайшие результаты: смертности не было, кровотечений не было, никаких других осложнений со стороны жел.—киш. тракта не было. Отдаленные результаты (свыше 1 года) проверены в 80% случаев. Полное, по мнению больных, выздоровление наступило в 60%, улучшение в 20% и 20% отмечают, что для них операция оказалась безрезультатной. Тут же материал был проверен рентгенологически *Ольховской.*

Рентгенологически выздоровление докладчица считает только случаи, где анастомоз и пилорус действуют безукоризненно; таких

случаев 50%. Докладчица предлагает чрезвычайную осторожность в вопросе определения выздоровления, считая, что таковое положение можно установить только многократными рентгенологическими исследованиями.

Скляров (Сумы) предпочитает операцию GEA резекции. Он на своем материале убедился, что как ближайшие так и отдаленные результаты лучше при первом чем при последней.

Широко развернувшиеся прения касались главным образом трех моментов: 1) показаний к операции, 2) операции с клеммами или без них 3) GEA или резекция. *Лифшиц* (Харьков) на основании опыта терапевтов рекомендует радикальную операцию резекции.

Зорокович, Скляров, Абражанов и др. стоят на точке зрения GEA.

В заключительном слове председательствующий *С. П. Федоров* (Ленинград), высказываясь за резекцию, считает невозможным широко рекомендовать эту операцию как технически трудную; не отрицает, что большое число хирургов оперирует с клеммами и получает хорошие результаты, однако предпочитает оперировать без клеммов.

Из внепрограммных вопросов, относящихся к хирургии брюшной полости, необходимо отметить доклады: *Абражанова* (Екатеринослав) предложившего свой способ гастропексии.

Корхов (Харьков) экспериментально вызывал язву желудка у собак, разрушая интрамуральные узлы желудка.

Мирер (Минск) коснулся вопроса о клиническом значении рубцовых изменений брыжейки и встретил поддержку со стороны патологоанатомов.

Пржевальский сообщил о новом симптоме хронического аппендицита, хромании на правую ногу, вызываемом уплощением musc iliacus.

С'езд остановился на вопросе организации хирургической помощи на селе, остановившись на необходимости устройства межрайонных хирургических больниц, обставленных так, чтобы такая больница могла бы оказывать квалифицированную помощь селу.

По вопросу о подготовке хирургов для села, с'езд остановился на типе врача хирурга-гинеколога, как наиболее отвечающего интересам сельской медицины.

По вопросу об обеспечении врача-хирурга работающего на селе с'езд высказался за максимальное обеспечение как жилищем, денежным довольствием, так и возможностью дальнейшага усовершенствования, путем регулярного снабжения литературой и периодическими командировками в университетские центры и за границу.

Второй программный вопрос, доклады по которому были выслушаны с большим вниманием, это костно-суставной и желудочный туберкулез с точки зрения лечебной и социально профилактической.

Фабрикант (Харьков) остановился на общем вопросе о лечении костно-суставного туберкулеза, возражая против установившегося мнения, что таковое лечение чрезвычайно дорого. Докладчик обращает внимание на то обстоятельство, что смерть каждого ребенка обходится государству дороже, чем лечение этого ребенка в специальном учреждении.

Докладчик устанавливает, что, при наличии имеющихся в легком туберкулезных процессов, происходит диссеминация туберкулеза через кровь, при чем кровью переносятся не только бактерии, но и кусочки тканей.

Докладчик предлагает следующую последовательную классификацию туберкулезного процесса:

1. Ратифицирующий процесс;
2. Эмболический процесс с образованием инфаркта;
3. Прогрессивный пролиферирующий процесс;
4. Osteomyelitis трубчатых и мелких костей;
5. Ревматизм Poncet, как проявление наступившего отравления токсинами и раздражения сустава.

Во всех случаях докладчик предпочитает и ставит клиническую картину выше рентгенологической.

По вопросу о лечении, докладчик считает наилучшими результаты от иммобилизации и применения грязевых ванн, хотя в отношении последних рекомендует осторожность.

Большое значение докладчик придает лечению солнцем.

Загар, по его мнению, является наилучшим показателем, как действует солнце: чем лучше загар, тем и лучше результаты лечения.

Предостерегает от пользования солнечным светом в момент, когда солнце находится в зените; получающиеся в таких случаях ожоги лечатся очень трудно и очень истощают больных. Лучшим результатом лечения туберкулезного сустава считает анкилоз.

Крамаренко (Одесса) предлагает строго учитывать результаты климатического и грязевого лечения. Предлагает карточку и скалу пигментации, каковые им разработаны и применяются.

Для дальнейших наблюдений считает самым лучшим способом —наблюдение над реакцией осаждения, считая ее чрезвычайно чувствительной.

Чем лучше действует солнце, тем ниже реакция осаждения.

Корхов (Харьков), докладывая о туберкулезе лимфатических желез, делит их на области и считает, что переход инфекции из одной области в другую по лимфат. сосудам невозможен. Железы поражаются в зависимости от внедрения инфекции. В железах происходит иммунно-биологический процесс, выражающийся в том, что лимфоциты растворяют жиро-воск.

Туберкулез желез вызывается в равной степени как палочкой человеческого туберкулеза, так и палочкой рогатого скота. Диагноз чрезвычайно труден и может быть поставлен на основании тщательного изучения суммы клинических явлений. При лечении рекомендует исключительно специфическую терапию; протеино-терапия не дает утешительных результатов. Горячо рекомендует рентгенотерапию.

Трегубов (Харьков) считает, что при костном туберкулезе деструкция и регенерация идут одновременно. Сначала идет борьба, затем регенерация превалирует над деструкцией.

Всякая травма мешает процессу регенерации.

Чрезмерно длительная иммобилизация также неблагоприятно отражается на процессе регенерации.

Два доклада *Маслова* (Чернигов) и *Лебедева* (Краснодар) были посвящены вопросу о лечении туберкулеза на селе силами природы, в первую очередь солнцем.

Докладчики были пионерами в устройстве сельских соляриев и пропаганде физических методов в деревне. Их опыт увенчался успехом. Крестьянство относится к ним с доверием, результатами они вполне довольны.

Циперник рекомендует раннюю резекцию коленного сустава при туберкулезных гонитах, основываясь на том, что статистика дает при резекциях наивысший процент выздоровления.

Проф. Вегнер, по поручению комиссии по борьбе с костно-суставным туберкулезом при научной ассоциации Харьковского Губотдела Медсантруд, докладывает о выводах комиссии. Он против амбулаторного лечения костного и суставного туберкулеза, против гипса, за вытяжение, за стационары санаторного типа.

Ситенко (Харьков), в качестве секретаря комиссии по борьбе с костно-суставным туберкулезом, докладывает о результатах борьбы комиссии, произведшей приблизительный подсчет больных костно-суставным туберкулезом. Их на Украине насчитывается около 17.000 человек. Это побуждает комиссию требовать выделения специальных лечебных учреждений для этого рода больных.

В вечернем заседании того же дня с'езда были заслушаны доклады *проф. С. П. Федорова* о казуистике опухолей мозга. Докладчик приводит целый ряд своих случаев, где диагностика была чрезвычайно трудная, где диагноз ставился только на операционном столе.

*Розе (*Харьков) привел несколько случаев операций по поводу опухолей спинного мозга. Докладчик предупреждает о некоторой трудности самой техники операции, но указывает, что результаты операции окупают с лихвой все трудности; путь, которым шел докладчик, был ляминэктомия с последующим вылущением опухоли. Все его больные (7 случаев) поправились и стали трудоспособны.

С. П. Федоров доложил о двух случаях хирургического лечения грудной жабы. Докладчик подробно останавливается на топографической анатомии nervi depressor, каковой он с успехом резецировал при грудной жабе.

Третий программный вопрос — „Повреждения суставов" был темой двух докладов: проф. *К. Ф. Вегнера* „Закрытые повреждения суставов" и д-ра *Ф. Ю. Розе* „Открытые повреждения суставов".

Проф. *Вегнер* при всякого рода повреждениях суставов проводит неуклонно принцип вытяжения. Стремясь прежде всего к сохранению функции сустава, он большей частью не исправляет предварительно деформацию, предоставляя отломкам стать на место в силу функционального приспособления при применении тяг.

Основываясь на своем большом военном материале огнестрел. ранений суставов д-р *Розе* по частоте ранений располагает суставы в таком порядке: 1) колено, 2) локоть, 3) тазобедр. сустав, 4) голено стопный, 5) плечо. Наибольшую смертность, по Perthes'y дает тазобедрен. сустав (43%) Инфекция суставов—смешанная.

Воспалительный процесс представляется в 3 формах: 1) *эмпиема* (гл. участие синовия), 2) *флегмона*, 3) *гнилостная инфекция*. Лечение инфециров. ранений суставов может быть как строго консервативным, так и радикально профилактическим. Розе считает необходимым расширить показания к *первичной резекции*, ибо артротомия не дает очень блестящих результатов: смертность при артротомии достигает 26%, уродства суставов—40 проц. Между тем резекции и ампутации после ранее произведенной артротомии производят самое пессимистическое настроение. От применения вакцинации автор не видел никаких результатов. Положения доклада сводятся к следующему: 1) Огнестр. ранения суставов надо считать инфециров. 2) При ранении сустава должны быть пущены в ход все профилактически-консервативные меры, как гиперемия по Bier'y, вырезывание раны, вливание Rivanol'я etc. 3) В первые дни—не скупиться на резекцию сустава.

Содокладчиком по этому вопросу выступил проф. *Волкович П. М.* (Киев), который главным образом остановился на способах образования дисторзий и их лечения. Это последнее заключается в установке

сустава в возможно физиологическом положении. Для восстановления функции—возможно скорее побуждать больного к движениям, к массажу. Затем теплота в виде согревающих компрессов, но ни в коем случае не применять холода.

Проф. *А. Т. Крымов* „Огнестр. повр. суст.". На 439 случаев этих ранений имел 12 случ. смерти (2,7 проц.). Эти ранения приходятся на 5500 раненых, что составляет 7,9 проц. Докладчик напомнил наблюдение *Пирогова*, что по частоте ранений первое место занимает колено. У Крымова ранен. колен. сустава 161 с 7 смертями (4 проц.). Французские авторы дают 9,6 проц. смертности. Представлены рисунки, демонстрирующие возможность сквозного ранения сустава без повреждения костей (проводится длинный стержень через полость колен. сустава). Во всех случаях применялось консервативное лечение—после удаления сгустков крови сустав промывался. Разрезы произведены 8 раз, артротомия 41 раз. Вначале применялось широкое вскрытие, но затем перешел к 4 или 2 малым разрезам. Дренаж рекомендует применять возможно реже, простому тампону предпочитает тампон Микулича.

Этот вопрос вызвал живой обмен мнений, главным образом по вопросу о лечении. За консервативный метод высказывались д-р А. И. Мещанинов, Бернштейн и др. Д-р Милостанов Н. Н. на основании своего опыта в Харьковск. воен. госп. (1921-3 г. г.) рекомендует, как особенно желательн. метод, первичный debriedement с иссечением части поврежденных костей, применяет окопчатый гипс, вытяжение. Его материал обнимает 100 случ. (65 ран. колена). Из разработанных им пока случаев оказалось 20 инфециров. с 4 смертями, при чем произведено 11 артротомий, 4 резекции, 1 вторичн. резекция и 1 первичная ампутация. Присоединяется к мнению д-ра Розе о необходимости расширить показания к первичной резекции. Относительно первич. debriedement указывает на статистику Блоха (на 632 сл. ранений, первич. debriedement дала 612 prima). Особенно серьезное внимание надо уделять послеоперационному лечению, при чем необходимо *перевязывать на месте*, в палате.

Оппоненты (д-р Мещанинов, Пржевальский, Абражанов, Спасокукоцкий, Волкович) отстаивали консервативный метод, причем рекомендовали вакцинацию по Безредка и аутопиотерапию. Спасокукоцкий и Волкович указывали на необходимость дать сток синовиальной жидкости; проф. Спасокукоцкий предложил пришивать ее к коже. Он же восстает против вытяжений, считает необходимым заменить его *фасциотомией* (вопрос этот ныне разрабатывается в его клинике д-ром Краузе).

Проф. Пржевальский, считая, что у Вегнера большая заслуга в том, что он популяризировал в России способы вытяжения, вносит корректив, находя необходимым исправлять обязательно смещения костей даже без наркоза и без Рентгена.

Повреждениям надколенника посвящены доклады: д-ра *Удовиченко* (Ахтырка) и д-ра *М. И. Ситенко.* На основании материала медикомеханич. инст., состоящего из 9 случаев перелома коленной чашки, д-р Ситенко приходит к заключению о большой роли разрывов разгибательного аппарата в смещении отломков; поэтому при лечении необходимо корригировать при абсолютном расслаблении сустава и при гиперкоррекции мышц. Применяет двойной шелковый круговой шов и восстанавливает весь связочный аппарат. Больные выписывались максимум на 17 день. В застарелых случаях—предварительное вытяжение. После операции—вытяжение и возможно скорее активное

движение. В 8 случаях—очень хорошие результаты и даже в одном (8-й)—больной спортсмен получил 1-й приз на состязании.

Из того же И-та представлен доклад д-ра *Чаклина В. Д.* „О паллиативных операциях при врожденных и патологических вывихах бедра". В 12 подобных случаях в 8 была произведена операция Lorenz'a — остеотомия на уровне acetabulum, при чем нижний отломок направляется в acetabul., а верхний, свешиваясь, должен срастись с нижним и играть роль отростка без функции.

После операции, особенно при двусторонней операции—ноги загипсовываются в абдукции на $3^1/_2$—4 месяца. Показания к этой операции—невправимые вывихи, coxa varia, arthritis deformans.

О доступах к тазобедренному суставу в порядке прений д-р *Соколов* (Ленинград) напоминает об операции дезинсерции всего musc. glutaeus maxim, разработанную Радзиевским, Гаген-Торном и друг. проф. *Крымов* сообщает, что, получив в 2 случаях инфекцию после; произведенной им подобной дезинсерции, сожалеет, что эти операции произвел. Также, как и проф. *Пржевальский* считает, что вправление вывихов до 4—5 летнего возраста легко удается без кровавого вмешательства. Проф. Вегнер возражает против легкости вправления врожден. вывихов и считает, что операция Lorenz'a должна применяться, когда другие методы не увенчались успехом.

Чрезвычайно важный в практич. отношении доклад представлен. проф. *С. Л. Трегубовым* „Культя и протез". Война, говорит докладчик, оставила целую армию инвалидов. Так, в Германии 80.000 ампутированных (из них 24.000 первично, и 56.000 вторично); во Франции—72.000 (29 проц. первых и 71 проц. вторых); в Англии — 40.000; у нас в России, по статистике иностранных авторов — 170.000 ампут. Ампутированных у нас не пропорционально много, при чем среди них очень много с плохими культями. Во Франции 40 проц. негодных культей; Kölliker на 233 ампут. нашел всего 12 проц. годных культей, но немцы пред'являют очень строгие требования — чтоб культя была не только belastungs, но и tragfähig. На 233 сл. в 15 проц. культя недостаточна в виду несовершенства рубца мягких частей, в 40 проц. спаяние с костью, 10 проц.—трофические язвы, 10 проц.—контрактуры. На качество культи влияют—характер ранения, первая помощь, транспортировка, что делается для воспитания культи. По вопросу о том, на какой высоте производить ампутацию, приведены схемы zur Werth'a, делящего конечности на зоны: 1) абсолютно важные для сохранения (на бедре,—напр., место прикрепления приводящих мышц; 2) менее важные; 3) неважные; 4) вредные. Положения *Трегубова*: 1) состояние культи влияет на протез, 2) хороший протез для уверенной походки пропадает без хорошей культи, 3) культя — ее характер — зависит от хирурга, 4) ампутация в нижней $^1/_3$ голени дает плохую культю, лучше Gritti, Сабанеева, 5) громадное значение имеет воспитание культи, 6) желательно выпустить руководство по вопросу о культях и протезах.

О состоянии этого вопроса у нас можно судить по наблюдениям д-ра *Геймановича З. И.*, сообщившего в прениях, что на 300 культей в Ростове нашел всего 10 проц. годных при снисходительном к ним отношении. Один из участковых врачей высказал мнение, что демонстрируемые прекрасные протезы—не для периферии, которая долго еще будет принуждена пользоваться деревяшкой.

„Лечение ожогов открытым способом" (*Поволоцкий Я. Л.*) — доклад сопровождался демонстрацией фотографических снимков леченных

Оппоненты указали на невозможность применения этого метода в случаях обширных ожогов; на хорошие результаты от мазевых повязок и на контрактуры, к-рые видны у больных на снимках.

Из клиники проф. *Н.П.Тринклера* представлен доклад д-ром *Монашкиным Г. Б.* „О периартериальной симпатектомии". На основании 3 случ. последовательного кровотечения, автор приходит к выводу, что 1) операция Leriche'a при Gangraena spont. не безопасна, лишая стенку vasa vasorum, 2) после операции образуется рубец, сдавливающий сосуд, 3) жир, подкладываемый под артерию и окружающий ее, останавливает кровотечение, 4) показания к операции следует ограничить.

Д-р *М. Т. Фридман* высказывает мнение, что „Leriche" не показана в тех случаях, когда заранее можно предполагать изменения в стенках сосуда. Д-р *Корхов И. П.*, из той же клиники, считает необходимым: 1) ограничить показания к Leriche'у случаями Causalgia, Clautication intermittente, начинающейся гангрены, 2) артерия должна обнажаться на незначительном пространстве, 3) железы не должны травматизироваться, так как в них может таиться инфекция, 4) результатом операции должно быть уменьшение болей гангренозных участков.

От операции Leriche'a имел хорошие результаты д-р *Бельц*, который наблюдал уменьшение язвы с 12×8 см. до 4×2 см. через 6 недель; хорошие результаты при ангиоспастических страданиях, при болезни Raynaud; *Крымов* также произвел много этих операций, возражает против жировой муфты, которая лишает артерию возможности питаться из окружающих тканей; проф. *В. Н. Шамов* имел очень хорошие результаты и настаивает на том, что главное—деликатная техника. Лично не имел ни одного осложнения, если не считать случая ранения a. profunda femoris, когда был наложен сосудистый шов и все закончилось благополучно.

Интересные наблюдения произвел д-р *Недохлебов* В. П. („Fascitis palmaris"). Обследуя вагоновожатых, он нашел среди них массу контрактур кисти, делит их на 3 группы: 1) привычные, 2) Dupuytren'a и 3) промежуточные. В числе этиологических моментов считает хронические воспалительные процессы, механические моменты, наследственные факторы, подагру, нервные влияния. Докладчик думает, что длительная травма, действуя на f. palmaris, может в результате дать контрактуру Dupuytren'a. Он констатирует факт приспособления к промышленным факторам и запросам. Так, эти контрактуры замечены среди сапожников.

Вопросу о лечении застарелых контрактур посвящен был весьма интересный доклад д-ра *Тафта А. В.* Исправление их производится при помощи длительного применения так называемых „закрыток".

Д-р *П. Е. Гутников* („Реинплантация нижней конечности человека на сосудисто-нервной ножке по Богоразу")—в 9 случаях произведена операция Богораза по поводу опухолей и других поражений коленного сустава; операция заключается в предварительном тщательном и осторожном выделении сосудисто-нервного пучка в подколенной ямке на большом протяжении, так что по удалении всех пораженных частей, дистальный отрезок нижней конечности остается висящим на этом пучке. Этот отрезок соединяется с верхней частью—бедром.— Получается хорошее приживление, при сильном укорочении конечности. Операция предложена проф. Богоразом в 1910 году и показана при обширном туберкулезном поражении или злокачественных новообразованиях (саркома) колена, во избежание ампутации.

Отделам *урологии* посвящено было три доклада: *Эрлих С. Л.* „О клинико-микроскопической диагностике новообразований почки"—

При тщательном исследовании мочи неоднократно были обнаруживаемы одновременно 3 вида элементов, присутствие которых может дать возможность или подозревать или диагностицировать новообразования почки: 1) гематоидин, 2) клетки различного рода, 3) клочки с более или менее ясной тканевой структурой. Клочки эти буроватого цвета, набухшие, склерозированные, иногда расплывающиеся; содержат пигмент и клеточные элементы. Во всех случаях—операция или секция подтверждали диагноз. Проф. *А. А. Чугаев* сообщил о 4 случаях отравления сулемой, леченных декапсуляцией почки, в 2 случаях—выздоровление. Выводы: декапсуляцию почки нельзя считать бесполезной; достаточно производить на одной стороне; если после операции продолжается анурия, предсказание безнадежно, даже при восстановлении через некоторое время мочеиспускания.

Войташевский Я. М. имел два случая, где рентг.-грамма ясно показывала камни почек, которых на операции не оказалось. Выставляет положения: для точного диагноза камней необходимы: a) тщательное химико-микроскопическое исследование мочи, b) цистоскопия, c) катетеризация мочеточников, d) дополнительные исследования функции желудка и печени, e) перед рентгеновским исследованием тщательная подготовка желудочно-кишечного канала, f) рентгеноскопия, g) моментальные снимки и стереоскопия в боковом положении, h) пиэлография.

Три доклада были посвящены гинекологии и акушерству: 1) *Панкратьев Б. Е.*—«Menstruatio per cutem abdominis», 2) *Багров Ю.*—„Случай retroflexio uter. gravidi incarcerata и 3) *Недохлебов В. П.*—„Кровотечение из яичников в брюшную полость"—сообщил 3 случая, в которых до операции был поставлен диагноз аппендицита; оказалось кровотечение из правого яичника. Считает причиной—apoplexia ovarii.

Очерк современного состояния *эндокринологии* и ее отношения к хирургии дал приват-доцент *С. А. Кричевский.*

А. И. Мещанинов сообщил о своих попытках гетерогенных пересадок тканей. Методика его заключается в том, что он берет на бойне от свежих животных, напр., от барана яйцо и куски последнего проводит сначала через Ringer-Lock'овскую жидкость—оставляя в ней сутки; Затем на сутки же переносит в смесь R.—L. пополам с кровью того суб'екта, которому производится пересадка, наконец, на сутки в такую же чистую кровь. Все это при $t^{0}+2^{0}$. На 4-е сутки производится пересадка. Демонстрирует больного 70 л., который страдал свищами, гипертрофией простаты, слабостью, и у которого двусторонняя операция Steinach'a осталась без результата; наоборот, пересадка яичка закончилась успехом. В прениях участвовали *Фабрикант*, сообщивший о своих 3 случаях Steinach'a при Gang. spont. с одной неудачей; *Корхов*, подтвердивший, что имел случай видеть демонстрируемого больного до операции—он был в ужасном состоянии, от него несло зловонием, у него наблюдалась гангрена. Считает эффект пересадки поразительным. *Гес-де-Кальве* и *Шамов* считают, что прощупывание трансплантата не указывает на его приживление,—это может быть еще и просто инфильтрат; *Монашкин* указывает на применение Steinach'a при гинекомастии; *Крымов* считает возможным отравление организма при 2 стороннем Steinach'e какими-то веществами, задерживающимися в организме; *Федоров С. П.* считает, что хирурги увлекаются Steinach'ом, повидимому, не последнюю роль играет момент пикантности. Очевидно, словами удержать от операции нельзя. Надеется, что операция войдет в определенное русло и в ограниченных рамках будут достигнуты хорошие результаты.

Перед перерывом проф. *Фабрикант М. Б.* приветствует старейшего украинского хирурга д-ра *Богаевского* (Кременчуг), который 51 год стоит на своем посту. До самостоятельной работы видел лишь одну лапаротомию, закончившуюся летально; несмотря на это сделался одним из выдающихся хирургов, хотя не имел учителей и оперировал с книжкой, в которую заглядывал во время операции; имеет массу учеников и много научных работ. С'езд стоя выслушал приветствие и в течение нескольких минут апплодисментами выразил свое преклонение перед маститым хирургом. Не менее радостно встретил с'езд и другое приветствие, произнесенное д-ром *А. И. Мещаниновым* по адресу проф. *С. П. Федорова,* в приезде которого на с'езд отражается то единение верхов и низов, которое является проявлением нашего стремления стать ближе к массам, к селу. Благодаря за приветствие, проф. *Федоров* сказал, что всегда шел навстречу приезжавшим из провинции товарищам, которые всегда получали от него не только личные, но и письменные раз'яснения по волновавшим их вопросам.

В вечернем заседании—заключительном,—горячие дебаты вызвал доклад *Шварцмана* о русском хлороформе. Отмечены были на Украине случаи смерти от хлороформа; в виду этого НКЗ издал декрет о производстве испытания его чистоты перед самой операцией; серия, в которой оказывались негодные ампулы, немедленно по телеграфу подвергалась из'ятию.

Из прений выяснилось, что вопрос этот очень волнует многих хирургов, имевших неприятные осложнения. Предлагали заменять хлороформ смешанным наркозом—эфиром *(Миротворцев)*, местной анестезией *(Спасокукоцкий)*, заграничным хлороформом, гедоналовым наркозом и эфиром *(Мельников)*. Особенное значение в случаях осложнений и смерти придается изменению силы сопротивляемости „об'екта"—больного *(Атанов* произвел 1000 обследований транспортников; среди них 50 проц. с миокардитом и пороками сердца).

В заключительном слове проф. *Спасокукоцкий* сказал, что также имел 1 случай хлороформной смерти—умер крестьянин от нескольких капель; так как в этот день было назначено еще 8 операций, то он предложил подать следующего... Считая критику необходимой и, может быть, справедливой, он приводит слова Ленина: „Мы не боимся ошибок, наоборот, мы стремимся их вскрывать и исправить"; он все же думает, что будет не только русский хирург, но и русский химик. Сам применяет хлороформ в 5 проц.; остальное—местная анестия и анестезия N. splanchnicus. Один из участковых врачей предлагает отменить циркуляр Н. К. З. об исследовании перед операцией хлороформа и заменить его посылкой на периферию проверенного и лучшего хлороформа и обращается с просьбой к тем, кто заведует приготовлением и доставкой хлороформа — „исполнить маленькую просьбу маленького человека из маленького места".

От президиума хирургической секции Научной Ассоциации д-р *Новаченко Н. П.,* после обзора деятельности секции, указывает на существование хирургических ячеек при каждой больнице; работа их заключается в проработке (иногда целой сетью ячеек) одного вопроса, т. е. выдвигается на первый план коллективная работа. В задачи секции входит подготовка докладов на будущий с'езд, работа в провинции, заключающаяся в консультационной переписке, выездах высоко квалифицированных специалистов на места для чтения лекций и другой работы. Далее секцией составляются темы для докладов, и, между прочим, для провинции составлено 14 тем. Проведен цикл

лекций профессорами *Кудинцевым И. В.* и *Вагнером К. Ф.* Наконец для членов секций предоставлены трупы для анатомических работ.

В дальнейшем с'езд заслушал несколько небольших докладов, среди них проф. *Платонова К. И.* о гипнозе в хирургии. Этот доклад сопровождался демонстрацией кривых, представляющих изменения кровяного давления во время гипноза и пр., а также девочки, которую *Платонов* гипнотизировал. Приват-доцент *Бурлаков М. Г.* сообщил о случаях удачных операций под гипнозом (произведенные проф. Платоновым) в Крымском университете с хорошим послеоперационным течением. Проф. *Шамов В. Н.* от Организационного Бюро сообщил, что Всеукраинский с'езд хирургов состоится в Одессе в первой половине сентября 1926 года. Затем с'езды будут последовательно в университетских городах—Харькове, Екатеринославе, Киеве. Так как в академических центрах имеются ячейки, а до следующего с'езда— $1^1/_2$ года, то имеется возможность тщательного и широкого выбора тем. Поэтому решено передать в Одесское Бюро вопрос об этом и в ближайшее время можно будет темы выбрать.

После речей проф. *Кудинцева* и *Розенберга* (участковый врач), председательствовавший проф. *Спасокукоцкий* сделал блестящее резюмэ работ с'езда и подвел итоги: членов с'езда всего 402, из них—Харьков—199, иногородних—203 (украинских—172, других республик—31). Заявлено было докладов 85, допущено к заслушанию 79, заслушано 69, из них—по программным вопросам 22, внепрограммным—37, остальные—общественно-организационного характера.

С'езд прошел весьма стройно, имел не только научный и практический интерес, но далеко не был чужд нарождающейся общественности. Через все его работы красной нитью прошел лозунг ориентации на село; во всех выступлениях, начиная от участкового врача и кончая корифеями русской хирургии, чувствовалось то единение науки и труда, которое только и мыслимо между врачем, как представителем науки, и его пациентом— на 99%—рабочим или крестьянином, представителями созидающего труда. Ярко, выпукло и красиво это выражено в краткой, но из глубины души вырвавшейся фразы проф. *Спасокукоцкого*, который по докладу о работе на селе сказал, что в этой программе он видит осуществление наших казавшихся несбыточными студенческих мечтаний!

Научное общество Минских врачей.

I (годичное) заседание Общ. состоялось 1-го февр. 1925 г. в клубе Рабпроса в присутствии приглашенных гостей и многочисленной публики.

Председатель *проф. Титов* в краткой речи говорил о значении научных медиц. обществ и в частности Минского, об оживлении Минского О-ва благодаря университету и выразил пожелание, чтобы молодые врачи оказались работоспособными и чтобы они также оживляли деятельность О-ва.

Затем было прочитано приветствие Предсовнаркома т. Адамовича, в котором он выразил пожелание, чтобы врач, помимо выполнения своих прямых обязанностей, стал помощником совласти в деле поднятия хозяйственного и культурного роста страны и в деле укрепления союза рабочих и крестьян.

В ответ на это приветствие Президиум, по единодушному желанию собравшихся, послал т. Адамовичу благодарственный ответ, в котором О-во врачей выражает свою готовность всеми силами служить совласти в деле здравоохранения и способствовать осуществлению всех ее мероприятий на пользу трудящихся.

Затем секретарь прочел годовой отчет о деятельности О-ва за 1924 год.

Д-р Зеликсон произнес речь на тему: *„Роль врача в государственном строительстве"*. Основная мысль: необходим синтез врача-биолога с социологом.

Д-р Розенталь прочел доклад: *Материалы к борьбе с венерическими долезнями в г. Минске* (см. „Белор. медиц. мысль" 1925 г. №№ 4—5).

II заседание (15 февраля). Доклад д-ра *Мазель-Балашинского: К казуистике уродств внутриутробного плода.* Изложены история развития учения об уродствах, классификация, этиология и формы уродств, истории болезни двух матерей, разрешившихся от беременности уродливым плодами, и результаты вскрытия последних. Демонстрированы оба препарата, фотографические и рентгеновские снимки и два гипсовых слепка этих уродов.

В этом же заседании вентилировался вопрос о дальнейшей работе Общества в смысле расширения ее в области социальной гигиены, профилактики и изучения новых направлений в медицинской мысли.

Выборы членов президиума.

III заседание (22-го февраля). *Демонстрации* 1) *д-р Чарно*—случай Адиссоновой болезни; 2) *д-р М. Н. Шапиро*—полное заживление сухожилий мускулатуры руки, поврежденной от удара топором, после произведенной операции с восстановлением функции; 3) *д-р Лапидус*—случай кардиоспазма.

Д-ра *Фридман и Фельдман* представили отчет о I Всесоюзном с'езде оторино-ларингологов, а *д-р Раховский*—о III малярийном с'езде в Москве.

IV заседание (18 марта). *Демонстрации.* 1) *Д-р Розенталь*—больного с симметрическим множественным поражением обоих кистей и стоп характера Sarcoamtosis cutis типа Kaposi и другого больного, страдавшего Pustula maligna, но излеченного впрыскиванием неосальварзана и карболовыми компрессами. 2) *Проф. Соколовский*—два препарата рака прямой кишки от двух больных, оперированных в клинике по Lisfranc'у.

Доклад Проф. Соколовского (с демонстрацией девочки 1 г. 8 м.): Лечение врожденного Hydrocephalus internus. Причина развития Н.—гиперсекреция обоих сосудистых сплетений боковых желудочков и затрудненный отток жидкости из боковых желудочков мозга. Докладчик привел еще другие теории, об'ясняющие происхождение Н. Что касается лечения, то из терапевтических методов предложено лечение препаратами щитовидной железы, а из хирургических методов докладчик указал на способ Hildebrand'а, Дэнди, Микулича, Венгловского, Payer'а и др. Докладчик сообщает о 7 произведенных им операциях по поводу Hydroc. int. В 2-х случаях произведена трепанация в лобной области с дренажем боковых желудочков при помощи лимфангиопластики; в остальных случаях — операция по Hildebrand'у. В нескольких случаях отмечено об'ективное улучшение, в одном — смерть после операции. В заключение докладчик указал, что результаты операции могут улучшиться при применении его метода—лимфангиопластики свободно пересаженным сальником и куском жира на ножке.

Прения. Проф. Леонов говорит, что причину болезни следует искать в заболевании Plexus'а. Операция не устраняет явлений атрофии мозга; операцию следует делать возможно раньше.

Проф. Рубашев подчеркивает блестящие результаты, полученные докладчиком при его операциях, но предлагает с осторожностью отнестись к этому методу операций, не видя разницы между клетчаткой глазницы и клетчаткой других областей головы. Вряд-ли и лимфангиопластика играет роль при всасывании. Возможно, что всасыванию способствует прохождение жидкости желудочков мимо множества борозд поверхности мозга.

Д-р Перельман полагает, что операция Anton-Schmieden'а с отведением спинно-мозговой жидкости в подкожную клетчатку затылка, производимая без трепанации черепа и без повреждения вещества мозга, отличается большей физиологичностью и меньшей травматичностью по сравнению с операцией Hildebrand'а.

Д-р Гольдблат приводит мнение Moebius'а, что великие люди, сделавшие что-либо для искусства, науки и техники, имели об'ем головы не меньше 56 см. Эдиссон, Гельмгольц были даже гидроцефалами.

Докладчик ответил всем оппонентам на заданные вопросы.

V заседание (15-го марта) *Демонстрации.* 1) *Д-р Мирер* — два камня, извлеченных во время операции из правой почечной лоханки. Операция—пиэлотомия.

2. *Д-р Заневский*—препарат гипернефромы (из клиники проф. Соколовского).

Доклад д-ров *Сутина* и *Иовелева* (из Пастеровского института): *к эпидемиологии и профилактике бешенства в Белоруссии.* (См. „Белор. Медиц. Мысль" 1925 г. №№ 6—9).

Прения. Д-р Канторович спрашивает о длительности иммунитета после прививок. *Д-р Чарно* спрашивает о реакции организма в смысле анафилаксии при применении антирабических прививок, об изменении кровяного давления, об исследовании надпочечников в случаях смерти.

Д-р Эпштейн спрашивает об осложнениях, наступающих после прививок. *Д-р Пузырийский*—о признаках, указывающих на прибли-

жение состояния бешенства у животных. *Проф. Рубашев* выражает удовлетворение по поводу передачи самого метода ле.ения в руки широких врачебных масс. *Проф. Титов* сообщает о форсированном методе лечения—впрыскивание яда субдурально и спрашивает, гарантирует-ли всегда впрыскивание неослабленного вируса от прививки бешенства. *Д-р Балковец и д-р Рубинчик* полагают, что увеличение числа больных следует об'яснять увеличением числа станций: при близости станции население обращается туда и в сомнительных случаях и что это увеличение является только кажущимся. *Д-р А. Поляк* спрашивает, нельзя-ли профилактически вакцинировать домашних животных против бешенства.

Д-р Сутин отвечает на заданные вопросы: Virus fixe, применяемый для впрыскивания, для человека совершенно безвреден. Иммунитет сохраняется около 3 лет. Затем сообщает о случае укуса человека человеком, об укусе человека мышью, об осложнениях после прививок, об исследования кролика до прививок и т. д.

Проф. Эльберт в заключительном слове сообщает о стремлении института выработать меры профилактики бешенства и что борьба должна вестись главным образом с собаками. Антирабические способы лечения необходимо приблизить к населению.

VI *заседание* (22-го марта). Почтена память тов. Нариманова.

Д-р Белоус (из глазной клиники) демонстрировала случай туберкулеза слезных мешков.

Доклад проф. Рубашева и д-ра Перельмана. Наш опыт в лечении сосудодвигательных и трофических расстройств.

В основу доклада легли более чем 30 операций, произведенных в факульт. хирург. клинике в последние $1^1/_2$ года по поводу вышеуказанных расстройств.—Выводы:

1. Основным методом лечения сосудодвигат. и трофических расстройств следует считать периартериальную симпатикоэктомию и различные операции на нервных стволах и корешках.

2. Периартер. симпатэктомия дала хорошие результаты при лечении спонтанной гангрены, каузальгии, нейротрофических язв, болезненных культей.

3. Операции на нервах оказали благоприятное влияние при каузальгии, нейротрофич. язвах и болезненных культях.

4. Симпатическая нервная система, пробегающая как в адвентиции так и в нервных стволах, представлает собой одно целое. Для достижения окончательного результата необходимо иногда воздействие одновременно на обоих отделах симпатической системы.

5. Эффект операции при сосудодвигат. расстройствах достигается ослаблением сосудистого тонуса; такая же гиперемия достигается и при операции только на нервном стволе.

6. Отсутствие параллелизма между степенью гиперемии и заживлением нейротрофических язв, появление новых язв при наличии гиперемии, заживление язв при отсутствии гиперемии—все это заставляет предполагать наличие особых трофических путей, сопровождающих симпатические волокна.

В прениях принимали участие проф. Гаусман и врачи Василевский, Мангейм, Чарно и Перельман. Докладчик на все вопросы и возражения дал исчерпывающие ответы.

VII *заседание* (5-го апреля). По предложению Наркомздрава т. Барсукова почтена память убитых польской охранкой т. т. Богинского и Вечоркевича и общим собранием выражен горячий протест этого убийства.

Проф. Рубашев демонстрировал больного с частичным гигантизмом нижней конечности. У больного имеется большой Naevus на всей левой нижней конечности, местами и на теле. На левой же голени—большая ихорозная язва, не заживающая в течение 10 лет, из-за чего решено ампутировать ногу. Случай этот интересен тем, что больная нога на 7 см. длиннее здоровой.

Д-р Берман прочел доклад: *О парафиномах.* Парафинома или олеома—это опухоль, получающаяся в результате ин'екций, приготовляемых на минеральных маслах, особенно парафиновом и вазелиновом. Не ассимилируясь в организме, эти масла не выделяются из него, а вызывают воспалит. реакции с окистовыванием и превращением их в опухоли. Подробное изложение истории этого вопроса, патологич. строения и химического анализа этих опухолей. Диагноз не труден на основании предшествующих ин'екций. Можно все-таки смешать с другими опухолями. Борьба с этим явлением—преимущественно профилактическая: следует запретить приготовление ин'екций на минеральных маслах; для этой цели необходимо применять лишь Ol. olivarum или Ol. amygdalarum. Лечение—хирургическое, т. е. радикальное удаление этих опухолей.

Прения. Проф. Соколовский отмечает частоту парафином в минувшую гражданскую войну и указывает на трудность хирургич. лечения.

Д-р Перельман приводит случай из клиники, где парафиному на груди смешали с злокачественной опухолью.

Проф. Рубашев: правильнее называть их олеомами, характерна миграция этих опухолей, особенно на предплечии. Клиническая картина их разнообразна. Оппонент демонстрирует препарат недавно удаленной олеомы.

Проф. Гаусман высказывается вообще против ин'екций камфоры при сыпном тифе, так как смерть при этой болезни не сердечная а вазомоторная.

Д-р Канторович рекомендует в рецептах обозначать растворитель, в противном случае в аптеках ин'екции будет приготовляться на Ol. vaselini.

Д-р Чарно склонен приписать происхождение олеом авитаминозу и недостаточному количеству липазы в питании в голодные годы.

Проф. Титов указывает, что его ассистент в Киеве д-р Гаршин изучал этот вопрос на большом материале у солдат, производивших себе эти опухоли с целью уклонения от военной службы во время империалистической войны. Следует описание патолого-гистологогической картины этих опухолей. Попутно проф. Титов демонстрирует микрофотограммы. Поражает при парафиномах колоссальное количество соединит. фиброзной ткани, разрастающейся толстыми прослойками.

Докладчик, соглашаясь со всеми сделанными дополнениями и замечаниями, настаивает на необходимости издания органами здравоохранения постановления о приготовлении лекарств для ин'екций только на Ol. Olivarum Ol. amygdalarum. Несогласен он с мнением д-р Чарно о роли авитаминоза в этиологии парафином. Вся причина кроется в минеральных маслах.

Д-р Борухин прочел доклад: *Современное лечение разлитых острых перитонитов.* Основная мысль доклада: единственным мероприятием при острых перитонитах является *ранняя операция* для удаления гноя и его источника.

В дополнение к этому *проф. Рабашев* замечает, что иллюзии от различных вливаний и широких разрезов рассеялись; только ранняя операция может принести пользу. Терапевты, раньше видящие этих больных, должны направлять их к хирургам, то же при аппендицитах.

Проф. Гаусман согласен, что раннее лечение аппендицита необходимо, но не хирургическим, а терапевтическим путем: покой, холод и опий купируют приступ, даже тяжелый. После приступа больной, конечно, должен быть передан хирургу.

Д-р Перельман отмечает экспериментальные работы проф. Соколовского о всасывании брюшины. В этом, возможно, кроется уменьшение смертности от перитонитов.

Проф. Титов полагает, что медикаментозным путем вряд-ли можно воздействовать на гнойный процесс в брюшине. Опием и льдом очаг не уничтожается, а лишь локализуется.

Д-р Чарно: главное в этом вопросе—диагностика аппендицита и когда он распознан, его надо отдать в руки хирурга.

Председатель, резюмируя прения, еще раз отмечает важность точной диагностики и необходимость ранней операции аппендицитов.

Секретарь **М. А. Поляк.**

ХРОНИКА.

Новый бюджет по здравоохранению в БССР.—На 1925-26 год назначено по госбюджету 1.657.745 руб. и предполагается к назначению из местного бюджета—3.128.700 руб., а всего—4.786.445 руб. вместо 678.445 руб. (по госбюджету) и 2.037.717 р. (по местному) назначенных в 1924-25 г., что дает увеличение на 73 проц. Таким образом на душу населения, в среднем, падает свыше 1 рубля, вместо 50 коп., падавших на душу населения в 1913 г. Увеличение ассигнований на дело здравоохранения вызывается как повышением зарплаты и увеличением измерителей (штаты, питание, белье, медикаменты, ремонт), так и расширением участковой сети и открытием ряда новых лечучреждений (диспансеры, тубсанаторий, рентгеновский институт, эвакоприемник и друг.).

Диспансеры (туберкулезные и венерологические) открываются в новом бюджетном году в г. г. Бобруйске, Климовичах, Могилеве, Орше и Полоцке.

Первый выпуск врачей Белорусского Государственного Университета состоялся в ноябре с. г. Всего окончили БГУ 20 врачей, которые, для последующей работы в деревне, должны будут пройти годичный стаж по установленной НКЗ программе. Врачи стажеры обеспечены госстипендией.

Курсы для усовершенствования участковых врачей будут открыты НКЗ в начале 1926 г. В Белоруссии насчитывается 190 сельских врачей, из них—90 выпуска 1921 до 1924 г.

Белорусский Пастеровский Институт во вновь отстроенном помещении оборудовал общежитие (на 60 коек) для крестьян, укушенных бешеными животными.

Трудовое общежитие для одиноких матерей--первое в Белоруссии—открыто Минским Охматдетом. Швейная мастерская при общежитии уже получила ряд заказов.

Коллегией НКЗ принято новое положение о „Белмедторге", как о центральном Аптекоуправлении Белоруссии.

Ученый Медицинский Совет прп НКЗ, заслушав годовой отчет, принял след. резолюцию:

„Пленум Ученого Медицинского Совета, заслушав отчетный доклад Председателя Совета т. *Барсукова* о деятельности Президиума, и Совета за истекший 1924-25 г. констатирует, что Ученый Медицинский Совет, утвержденный Правительством БССР, возник по инициативе Народного Комиссара Здравохранения БССР и в лице своего Президиума и комиссий проделал определенную работу не только в области своей непосредственной научной деятельности, но и в значительной степени послужил к укреплению связи между Народным Комиссариатом Здравоохранения БССР, Институтом Белорусской Культуры и Медицинским Факультетом Белорусского Государственного Университета.

Пленум Ученого Медицинского Совета, отмечая правильное руководство Президиума за истекший год, считает, что и в дальнейшем работа Ученого Медицинского Совета должна итти по линии увязки с производственным планом НКЗдрава и тесного контакта с Инбелкультом и Медфаком.

Предложенный НКЗ план работы Ученого Медицинского Совета на 1925-26 год утвердить".

Совещание Заведывающих Окрздравами созывается НКЗ 15 ноября На повестке: 1. Строительство здравоохранения в 1925-26 г. 2. Бюджетные вопросы. 3. Рациональное построение лечебно-санитарной сети в деревне. 4. Противоэпидемические мероприятия. 5. Сеть учреждений Охматмлада. 6. О медпомощи застрахованным. 7. О медперсонале.

Бобруйск. Перешли в заново отремонтированные помещения: тубдиспансер, ночной санаторий, туберкул. больница, детская консультация, ясли, дом грудного ребенка и родильное отделение.—Прекрасно оборудованные диспансер и консультация имеют показательное значение для Белоруссии.

Витебск. В городе организуется ортопедическая амбулатория и при ней протезно-ортопедическая мастерская. Детский костно-туберкулезный санаторий „Черницы" расширен до 65 коек.

Могилев. На территории психбольницы заканчивается возведение бараков (на 150 коек) для душевно-больных.

Мозырь. Отстроена и открыта образцовая городская больница на 80 коек.—Начатая земством постройка была приостановлена в 1914 г. и лишь за последние два года удалось закончить строительные работы.—Обширное каменное здание располагает большой световой площадью, паровым отоплением и биологической очисткой сточных вод.

В Калинковичах (Мозырского округа) переведено и установлено новое здание для районной больницы на 25 коек.

С'езды и конференции. В сентябре-октябре по всем округам БССР состоялись подготовительные С'езды медработников к Всебелорусскому С'езду профсоюза Медсантруд, созываемому 30 октября, в г. Минске. Параллельно проводились также совещания участковых врачей и выборы делегатов на Всесоюзный С'езд.

Всероссийский С'езд по охране материнства и младенчества созывается в Москве, 1 декабря с. г.—Всесоюзный С'езд участковых врачей созывается там же, 8 декабря.

Редактор: **Редакционная коллегия.**

Свободные врачебные должности в БССР.

Бобруйский округ: Зав. хирургическим отделением Рогачевской больницы (ставка по соглашению); врач-хирург для Жлобинской больницы, ставка по соглашению; семь врачей для заве́дывания врачебными участками, ставка не менее 65 рублей.

Борисовский округ: Врач-терапевт для 1-й амбулатории, ставка по соглашению; врач для работы в детских учреждениях, ставка по соглашению; три врача для врачебных амбулаторий и два врача для районных больниц, ставка 65 рублей.

Калининский округ: Врач-терапевт с бактериологическим уклоном, ставка по соглашению; два врача для участковых больниц, ставка 65 рублей.

Мозырский округ: Зав. проф. п/отделом Окрздрава, ставка 70 р.; окрсанврач—70 рублей; зав. заразной больницы, ставка 65-85 рублей; районный врач для Мозыря, ставка 100 руб.; зав. Мозырским туб. диспансером, ставка 80-100 руб.; врач по детскому туберкулезу для диспансера, ставка 60-70 рублей; врач-рентгенолог для Мозыря, ставка 100-120 руб.; врач для ночных дежурств, ставка 60 рублей; три врача на врачебно-амбулаторные пункты, ставка 60 р.; шесть врачей для районнык больниц, ставка 60-70 рублей; врач на врачебно-амбулаторный пункт при фабрике „Звезда", ставка 100-120 руб.

Могилевский округ: Зав. детской консультацией, ставка по соглашению; 4 врача для районных больниц, ставка 65 рублей; 5 врачей для врачебных пунктов, ставка 65 рублей.

Оршанский округ: Зав. химико-бактериологической лабораторией, ставка по соглашению; зав. рентгеновским кабинетом, ставка по соглашению; врач по физкультуре, шк. сан. врач, врач для туб. диспансера, суд.-мед. эксперт—ставка по соглашению; 5 врачей для врачебных пунктов, ставка 65 рублей.

Полоцкий округ: Врач-терапевт для гор. амбулатории, ставка 80 рублей; 5 врачей для врачебных участков, ставка 65 рублей; врач на завод „Труды", ставка 65 рублей.

Кроме того имеются свободные вакансии врачей-педологов в Борисове, Бобруйске, Минске и Полоцке, ставка 70-80 рублей.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1926 ГОД НА ЖУРНАЛ

„ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА"

V-й год издания.

В журнале имеются следующее отделы: общая гигиена, бактериология, эпидемиология, социальная гигиена, профессиональная гигиена, рабочая медицина, охрана материнства и детства, благоустройство населенных мест и санитарная техника, жилищное дело, санитарный быт, социальные болезни, санитарное просвещение, санитарная статистика, организация здравоохранения, деятельность санитарных организаций, деятельность научных учрежден. и организаций, с'езды, конференции и совещания, рецензии, рефераты, библиография и хроника.

Журнал расходится в количестве до 4.000 экз. и получил распространение во всех Республиках Союза, а также во многих государствах Европы и Америки.

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ под редакцией коллегии: С. И. Канторович, А. Н. Марзеев, Л. Д. Ульянов, А. И. Пыжев, С. И. Златогоров, С. А. Томилин, А. И. Ширман, И. А. Либерман, Е. А. Федер и Л. Л. Гинцтон (секретарь).

В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ БЛИЖАЙШЕЕ УЧАСТИЕ:

Проф. БАРЫКИН—Москва, д-р БАРАНОВ—Н.-Николаевск, д-р БУРШТЫН—Харьков, д-р BREGER—Берлин, проф. БУТЯГИН—Томск, д-р БРУСИН—Москва, д-р БРОДСКИЙ—Харьков, проф. ВИНОКУРОВ—Одесса, д-р ВЛАЙКОВ—Киев, проф. ГАМАЛЕЙ—Ленинград, проф. ГУРЕВИЧ—Москва, д-р ГЛУЗМАН—Харьков, проф. ГРОМАШЕВСКИЙ—Одесса, проф. ГРИНЕВ—Харьков, д-р ГЕРМАН--Свердловск, д-р ГИНЦТОН--Харьков, д-р ГРИГОРЬЕВ-Екатеринослав, д-р ГАБИНОВ—Харьков, ДЕЙЧМАН—Харьков, д-р ДОБРЕЙЦЕР—Москва, ЕФИМОВ Д. И.—Харьков, ЕФИМОВ А. И.—Харьков, ЕФИМОВ А. А.—Сталино, д-р ЕРМИЛОВ—Харьков, проф. ЕЛИН—Одесса, проф. ЗДРАВОМЫСЛОВ—Пермь, проф. ЗАХАРОВ—Москва, проф. ЗАБОЛОТНЫЙ—Ленинград, проф. ЗИЛЬБЕР—Харьков, проф. ЗЛАТОГОРОВ—Харьков, д-р ИГУМНОВ--Харьков, проф. КРОНТОВСКИЙ--Киев, проф. КОРШУН—Москва, д-р КОСТРОМИН—Пермь, проф. КРИЧЕВСКИЙ—Москва д-р КАНДЫБА--Харьков, КОНДРАТЬЕВ Н. И.--Харьков, проф. КУЛЕША-Севастополь, проф. КИЯНИЦЫН--Винница, д-р КЛЕЙН--Киев, проф. КИСЕЛЬ--Москва, проф. КРУМБМИЛЛЕР--Екатеринослав, д-р КАГАН—Харьков, проф. МЕЕРСОН—Одесса, д-р МОРОЗОВСКИЙ—Харьков, д-р МАСЛОВСКИЙ—Харьков, д-р МАРЗЕЕВ--Харьков, д-р МАРКОВИЧ--Киев, д-р МИХ--Харьков, проф. НЕЩАДИМЕНКО—Киев, проф. ПОДГАЕЦКИЙ—Киев, д-р PRINZIG—Берлин, д-р ПЫЖЕВ--Харьков, проф. РУБАШКИН--Харьков, д-р РОЗАНОВ--Киев, проф. ROESLE—Берлин, д-р СОЛОВЬЕВ—Харьков, д-р СТЕПАНОВ—Харьков, д-р СТРАШУН—Москва, Д-р ТОМИЛИН — Харьков, д-р УЛЬЯНОВ—Харьков, д-р ФИНКЕЛЬШТЕЙН—Харьков, д-р ФЕДОРОВСКИЙ—Харьков, д-р ФЕДЕР—Харьков, Д-р мед. ЦЕХНОВИЦЕР—Харьков, проф. ШТЕФКО—Симферополь, проф. ЩАСТНЫЙ—Одесса, проф. ШАПШЕВ—Пермь, проф. ФРЕНКЕЛЬ--Ленинград, д-р Б. ХМЕЛЬНИЦКИЙ--Харьков и др.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА и ОБ'ЯВЛЕНИЯ

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА: на год—12 руб., на 6 мес.—6 руб. на 3 мес.—с 2-мя приложен. 3 руб. 50 коп. Отдельный экз.—1 руб. 20 коп.

УЧАСТКОВЫМ и САНИТАРНЫМ ВРАЧАМ, ЛЕЧУЧРЕЖДЕНИЯМ—СКИДКА В РАЗМЕРЕ 15 проц. при коллективной подписке не менее 10 экз. **КНИЖНЫМ МАГАЗИНАМ—ОБЫЧНАЯ СКИДКА.**

ПЛАТА ЗА ОБ'ЯВЛЕНИЯ: ЗА ЦЕЛУЮ СТРАНИЦУ ПОЗАДИ ТЕКСТА—100 руб., 1/2 стр.—55 руб. и 1/4 стр.—30 руб. и т. д.

Денежные суммы желательно переводить по адресу: Харьков, Украинбанк, текущий счет журнала „ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА" № 657.

Адрес редакции и конторы журнала: Харьков, Пушкинская 14. Тел. 36-02.

Издаваемый Ленинградским Губздравотделом и посвященный вопросам научной медицины и строительству дела здравоохранения.

ЛЕНИНГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Ответственный редактор д-р Л. Н. ФЕДОРОВ. Члены редакционной коллегии: М. Ф. АДУЕВСКИЙ, А. М. БРАМСОН, Г. И. ДЕМБО, М. Н. КАЦЕНЕЛЕНБОГЕН и А. И. ГРИБОВ.

В ЖУРНАЛЕ ИМЕЮТСЯ ОТДЕЛЫ:

1. Научные статьи, 2. Обзор научной литературы, 3. Статьи по строительству дела здравоохранения, 4. Обзор литературы по строительству дела здравоохранения в Союзе и за границей, 5. Обзор деятельности Ленинградских научных обществ, 6. Корреспонденции, 7. Библиография, 8. Хроника.

Особое внимание будет уделено вопросам санлечебной организации Ленинграда и Ленинградской губернии.

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ ЕЖЕМЕСЯЧНЫМИ КНИЖКАМИ.

Цена по подписке до конца 1925 года 5 руб. Цена отдельного номера—2 руб.

Подписавшиеся до конца года получают бесплатно „Очерки санитарного дела“ выпуск 1-й (жилищно-коммунальная санитария).

Об'явления позади текста 1 страница 100 руб., 1/2 страницы 60 руб., 1/4 страницы 35 руб. Впереди текста и на обложке по соглашению.

Представленные в редакцию рукописи должны быть напечатаны на пишущей машине или четко переписаны на одной стороне листа.

Редакция оставляет за собой право производить в принятых статьях необходимые сокращения и изменения.

Подписчики могут получить через журнал книжки, выпускаемые под редакцией редакционной коллегии. „Журнал“ со скидкой 20% с об'явленной цены.

ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ ВЫПУЩЕНЫ:

1. Труд, здоровье и быт рабочих подростков, выпуск I. Цена 1 руб. 15 коп.

2. Туберкулез и жилище (в популярн. излож.). Цена 75 коп.

По всем вопросам следует обращаться по адресу редакции Ленинградского Медицинского Журнала.

ЛЕНИНГРАД, улица Пролеткульта, д. № 1.

